



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM IDADE ESCOLAR:

"SABER COMER PARA MELHOR CRESCER"

Ana Rita Figueira de Araújo

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM IDADE ESCOLAR:

"SABER COMER PARA MELHOR CRESCER"

Ana Rita Figueira de Araújo

Relatório de Estágio Orientado por:

Cláudia Mariana Julião Bacatum

2012



“ É mais fácil construir um menino do que consertar um homem.”
(Charles Chick Govin)

AGRADECIMENTOS

Ao dar início a esta caminhada, não poderia deixar de dedicar algumas frases de gratidão a todos quantos dedicaram algum do seu tempo e disponibilidade e, com o seu saber, constituíram uma pedra basilar de incentivo e encorajamento para todo este caminhar.

À minha orientadora, Prof Cláudia Bacatum, pela sua centralidade na comunidade, apoio e compreensão, cujos conhecimentos, conselhos e sugestões foram determinantes na consecução deste projeto. À minha orientadora do local de estágio, Sr^a Enf.^a Carla Janelas, que desde o início confiou nas minhas capacidades, fazendo-me sentir verdadeiramente uma enfermeira dos cuidados de saúde primários.

À Dr.^a Ana Paula, psicóloga do AEMA, à Prof. Alexandra Marques, diretora da EB, às professoras do 4^o ano e restante pessoal auxiliar, por me acolherem como parte integrante da comunidade escolar. Aos alunos, pelo carinho, boa disposição e participação ativa em todo o projeto. Ao Presidente da Associação de Pais, Sr. Marçal, pelo interesse e envolvimento, fomentando a sua continuidade.

Aos meus colegas de curso, especialistas do cuidar e da partilha, pela força, pela criatividade, pela abertura. Sigamos!

Aos meus colegas da UCAPO, pelo apoio e compreensão ao longo deste processo de aprendizagem. Aos meus amigos, por quem me sinto acarinhada, obrigado por saberem esperar.

Aos meus pais, por todos os valores que me transmitem e por todo o carinho e amor com que o fazem. A ti, que és amor, pela presença e ajuda constante. Ao meu filho, que é vida, dedico este trabalho, na esperança de não ter descurado nenhum momento do seu crescimento.

RESUMO

A alimentação saudável constitui um fator fundamental para o desenvolvimento integral e harmonioso de todos os indivíduos e, em particular, das crianças. Os hábitos alimentares são adquiridos sobretudo na infância e tendem a manter-se durante a vida. A função da família é inultrapassável, mas a escola pode e deve dar um contributo significativo, transmitindo conceitos científicos e detetando erros que velhos ou novos hábitos vão integrando regularmente na vida familiar e coletiva.

A enfermagem comunitária, focada na comunidade, encontra-se especialmente habilitada para capacitar as crianças e suas famílias, através da promoção da saúde, aumentando a resiliência e os fatores protetores.

Este projeto teve como objetivo geral promover a capacitação das crianças e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Foi realizado numa escola básica de Odivelas, com uma amostra de 60 crianças e respetivas famílias. As crianças tinham idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos e frequentavam o 4º ano do 1º ciclo. Como metodologia, seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, Imperatori e Giraldes, e, como referencial teórico, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. No diagnóstico de situação, recorreu-se a uma abordagem quantitativa, com aplicação de duas técnicas de colheita de dados, o questionário Espiga e a grelha de observação dos lanches intercalares.

Nos resultados foram identificadas as características e experiências individuais que determinam os hábitos alimentares destas crianças. A educação para a saúde foi a estratégia utilizada para promover o processo de capacitação na autoeficácia percebida, otimizando os recursos interpessoais e situacionais.

Conclui-se que a implementação deste projeto foi uma forma eficaz de aumentar os conhecimentos e iniciar o processo de mudança em relação a hábitos alimentares saudáveis. A sua realização contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção da saúde e da capacitação das crianças e famílias na adoção de comportamentos promotores de saúde. Paralelamente propiciou, também, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Hábitos alimentares, capacitação, escola, crianças e família.

ABSTRAT

Healthy eating is a key factor for the full and harmonious development of all individuals and, in particular, children. Eating habits are acquired primarily in childhood and tend to persist for life. The role of the family is insurmountable, but the school can and should make a significant contribution, conveying scientific concepts and detecting errors that old or new habits will regularly integrating family life.

The community nursing, focused on community, is especially qualified to empower children and their families by promoting health, increasing the resilience and protective factors.

This project aimed to promote the empowerment of children and their families to adopt healthy eating habits. Was implemented in a primary school of Odivelas, with a sample of 60 children and respective families. The children ranged in age from 9 to 11 years and attended the 4th year of a cycle. The methodology followed was the Health Planning, according to Tavares, Imperatori and Giraldes, and, as a theoretical framework, the Nola Pender Health Promotion Model. For the diagnosis of the situation, it was used a quantitative approach, applying two techniques of data collection, a Portuguese questionnaire (Espiga) to evaluate eating habits and an observation grid of snacks.

There were identified the characteristics and experiences that determine the eating habits of these children. The health education strategy was used to promote the training process in perceived self-efficacy, optimizing interpersonal and situational resources.

It is concluded that the implementation of this project was an effective way to increase knowledge and start the process of change in relation to healthy eating habits. The project contributed to the recognition of the importance of health promotion and empowerment of children and families in adopting health-promoting behaviors. At the same time also led to the development of specialized skills in community nursing.

Keywords: Eating habits, empowerment¹, school, children and family.

¹ In this context, the word “empowerment” means “to enable for” and “to train”, rather than “to give power”.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1 A Alimentação enquanto Determinante da Saúde.....	11
2.2 A Alimentação na Criança em Idade Escolar	12
2.2.1 A Alimentação Promotora da Saúde na Criança em Idade Escolar.....	15
2.3 A Educação Alimentar na Criança em Idade Escolar	17
2.3.1 Contexto Família.....	18
2.3.2 Contexto Escola.....	20
2.4 Intervenção de Enfermagem Comunitária na Promoção da Alimentação Saudável em Idade Escolar.....	22
3. METODOLOGIA	25
3.1 Diagnóstico de Situação	25
3.1.1 Contextualização do Local de Intervenção.....	26
3.1.2 População Alvo	27
3.1.3 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados.....	28
3.1.4 Tratamento de Dados e Resultados	29
3.1.5 Diagnósticos de Enfermagem.....	33
3.2 Determinação de Prioridades	33
3.3 Fixação de Objetivos	34
3.4 Seleção de estratégias	36
3.5 Execução de Projeto.....	37
3.6 Avaliação	40
4. CONCLUSÕES	44
4.1 Limitações do Projeto	46
4.2 Competências desenvolvidas na área de Especialização em Enfermagem Comunitária	46
4.3 Considerações Finais.....	48
4.3.1 Projeto “Saber Comer para Melhor Crescer”: que futuro?	49
5. BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	59
APÊNDICES	85

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo I – Representação gráfica da Roda dos Alimentos
- Anexo II – Esquema do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
- Anexo III – Autorização para aplicação do Questionário Espiga
- Anexo IV – Questionário Espiga
- Anexo V – Autorização para aplicação do Questionário CEBQ
- Anexo VI – Autorização para utilização do filme “A Roda dos Alimentos”
- Anexo VII – Registo Alimentar da Semana
- Anexo VIII - Autorização para aplicação do Registo Alimentar da Semana

ÍNDICE DE APÊNDICES

- Apêndice I – Cronogramas de projeto (previsto e reformulado)
- Apêndice II – Exposição de trabalhos “Dia Mundial da Alimentação”
- Apêndice III – Declaração de consentimento informado
- Apêndice IV – Tabela de caracterização das crianças: variáveis idade, género, rendimento social e nacionalidade
- Apêndice V – Tabela de caracterização da família: variáveis socioeconómicas
- Apêndice VI – Resultados do questionário Espiga (Gráficos)
- Apêndice VII – Grelha de registo de observação de lanches
- Apêndice VIII – Caracterização das merendas do lanche da manhã (Diagnóstico)
- Apêndice IX – Grelha de análise: Priorização
- Apêndice X – Plano operacional
- Apêndice XI – Diapositivos apresentados nas sessões com as crianças
- Apêndice XII - Folha de registo do “Dia do Lanche Saudável”
- Apêndice XIII – Panfleto “Alimentação Saudável: O Peso da Família”
- Apêndice XIV – Plano das sessões com os encarregados de educação
- Apêndice XV – Diapositivos apresentados nas sessões com os encarregados de educação
- Apêndice XVI – Questionário de apreciação da sessão com os encarregados de educação
- Apêndice XVII – Fichas de avaliação de conhecimentos
- Apêndice XVIII – Resultados das fichas de avaliação de conhecimentos
- Apêndice XIX – Caracterização das merendas do lanche da manhã (Avaliação)
- Apêndice XX – Tabela de resultados do registo do “Dia do Lanche Saudável”
- Apêndice XXI – Resultados do Registo Alimentar da Semana

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Dietetic Association

AEMA – Agrupamento de Escolas Moínhos da Arroja

ARS – Administração Regional de Saúde

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CDSS – Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde

CEBQ – Children’s Eating Behaviour Questionnaire

DGE – Direção-Geral da Educação

DGIDC – Direção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT – Doenças Não-transmissíveis

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GAP – Gabinete de Apoio Psicológico

NRAPCO – Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem Comunitária distingue-se das demais especialidades por desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade. Impõe-se que o Enfermeiro Especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional, baseada na evidência.

A alimentação é um dos fatores do meio ambiente que mais influência a nossa saúde. Já não basta ter acesso a bens alimentares. É necessário “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo de diferentes fases da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a introdução de hábitos alimentares saudáveis desde a infância é mantida ao longo da vida, reduzindo o risco de doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e osteoporose (WHO, 2010).

A alimentação, particularmente na infância e adolescência, tem uma influência determinante no desenvolvimento emocional, intelectual e social, sendo fundamental conhecer os hábitos alimentares das crianças e as suas rotinas diárias, quer em casa, quer na escola (DGS, 2007).

De igual modo, se reconhece que a adoção de padrões alimentares desequilibrados, conducentes a situações de inadequação nutricional, tem importante impacto na morbilidade e mortalidade das populações (WHO, 2010). A prevenção e tratamento da obesidade infantil constituem uma prioridade de saúde pública (DGS, 2007), sendo que as recomendações internacionais da OMS apontam para a intervenção comportamental. Assim, investir na promoção da saúde junto das crianças e jovens é, atualmente, a estratégia mais eficaz de obter ganhos em saúde, a médio e a longo prazo.

É neste âmbito de preocupações que surgiu o projeto “Saber Comer para Melhor Crescer”, inserido no estágio de intervenção comunitária do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Odivelas, entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012.

O conhecimento de que a escola tem um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos (DGS, 2006), privilegiou a intervenção em contexto escolar e com a comunidade escolar e teve como objetivo

promover a capacitação das crianças do 4º ano de uma escola básica do Concelho de Odivelas e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

O projeto foi orientado pela metodologia de Planeamento em Saúde e pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o que permitiu desenvolver competências específicas na aplicação de ambos os referenciais.

Inspirado pelos desequilíbrios alimentares da sociedade contemporânea e pelos objetivos preconizados pelo Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2006), o foco de intervenção deste projeto resultou da conciliação de necessidades e características do local de estágio, da entidade de ensino, das competências previstas para a prática especializada de enfermagem comunitária e dos interesses profissionais futuros da mestranda.

No presente relatório, constituído por cinco capítulos, descreve-se e reflete-se sobre o percurso realizado. No segundo capítulo, o enquadramento teórico apresenta a justificação do foco de intervenção, com revisão bibliográfica sobre a alimentação em idade escolar, contextualizando a influência educativa da família e da escola; expõe-se a intervenção da enfermagem comunitária na promoção da alimentação saudável. O terceiro capítulo consiste na metodologia, com a descrição da contextualização da intervenção e das etapas do Planeamento em Saúde. No quarto, encontram-se as conclusões, com as limitações do projeto, reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária e uma breve alusão ao futuro do projeto que, não sendo meramente académico, deixou frutos na comunidade escolar e no envolvimento com os restantes setores da comunidade. Por fim, enumera-se as referências bibliográficas consultadas. A Norma Portuguesa (NP405) é a utilizada para citação e bibliografia.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A Alimentação enquanto Determinante da Saúde

A saúde, entendida como um recurso para a vida (WHO,1986), é influenciada por uma vasta gama de fatores pessoais, socioeconómicos e ambientais (WHO,1998). Os determinantes sociais da saúde compreendem “as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem (...) e os sistemas de saúde implementados para lidar com a doença (...), moldadas por forças de ordem política, social e económica” (CDSS, prefácio, 2010). São produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana.

A alimentação enquanto reflexo das condições de vida de cada um, ou seja, do contexto em que se move e da cultura que perfilha, surge como uma das principais determinantes de saúde (Loureiro, 2004). Define-se como “um processo de seleção de alimentos, fruto das preferências, das disponibilidades e da aprendizagem de cada indivíduo, processo esse que lhe permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos e condições pessoais” (Nunes e Breda, 2001, p.14).

Portugal, pela sua localização geográfica, tem uma tradição ligada à alimentação mediterrânica que é considerada dos padrões alimentares mais completos e mais saudáveis. Vários estudos, concluíram que as populações do sul da Europa estavam protegidas contra doenças cardiovasculares e de certos tipos de cancro. Verificou-se, também, que a adoção deste padrão alimentar reduziu em 23% o risco de morte por doença (Minderico e Teixeira, 2008). Contudo, os portugueses estão a afastar-se cada vez mais da dieta mediterrânica.

O padrão alimentar de hoje baseia-se na rapidez com que temos acesso à comida e na fraca qualidade. Importa a aparência e o preço, ou seja, rápido, bonito e barato, o denominado conceito *fast food*. Em termos nutricionais caracteriza-se por ser uma comida rica em gordura, pobre em fibra alimentar, com elevados valores calóricos, alta densidade energética e baixo valor nutricional. Possui uma grande quantidade de conservantes e de outros aditivos sintéticos, para realçar ou substituir o sabor dos alimentos (Minderico e Teixeira, 2008).

Independentemente de outros fatores de risco, a adoção de padrões alimentares desequilibrados, conducentes a situações de inadequação nutricional, tem importante impacto na morbilidade e mortalidade das populações. O relatório da OMS (WHO, 2011a)

demonstra que cerca de 16 milhões (1,0%) de mortes no mundo são atribuíveis ao baixo consumo de frutas e vegetais, sendo que o consumo adequado reduz o risco de doença cardiovascular, de cancro do estômago e do cólon. Há evidência de que o aumento do risco de diabetes tipo 2 e de doença cardíaca está diretamente associado ao consumo de gordura saturada, e inversamente relacionado com a gordura de origem vegetal. Os dados mais recentes da OMS apontam que as doenças não transmissíveis (DNT) são a principal causa de morte a nível mundial, responsável por 63% dos 57 milhões de mortes ocorridas em 2008 (WHO, 2011b).

Em reforço desta situação, também o European Health Report (WHO, 2009) evidencia que as doenças crónicas não transmissíveis são as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e a perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa na utilização de serviços de saúde, representando, em 2004, a nível Europeu, cerca de 77% da carga da doença expressa em DAILYs². As estimativas apontam para que 86% de todas as mortes em Portugal sejam provocadas por DNT, tais como doenças cardiovasculares, que representam 37% das mortes, cancros que significam 26%, doenças respiratórias não infecciosas 6% e a diabetes com 5% (WHO, 2011).

Posto isto, são preconizadas estratégias que visem reduzir a prevalência dos fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida. As atividades de promoção da saúde devem ser orientadas para os determinantes da saúde, numa abordagem intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o setor da educação é indispensável (DGS, 2006).

2.2 A Alimentação na Criança em Idade Escolar

A idade escolar é considerada neste relatório, a idade compreendida entre os 6 e os 12 anos, sendo este agrupamento etário apenas uma classificação, na medida em que “cada indivíduo percorre os níveis de desenvolvimento a um ritmo diferente” (Cassandra, 2001, p. 152).

Esta idade é caracterizada por um crescimento lento mas estável, em paralelo a um aumento constante na ingestão alimentar. As crianças permanecem na escola a grande parte do dia e começam a participar em maiores atividades desportivas e/ou recreativas. Nesta fase têm prazer em se alimentar para aliviar a fome e obter satisfação social (Lucas

² Disability Adjusted Life Years: um DAILY corresponde a perda de um ano de vida saudável.

e Freucht, 2010). O peso corporal médio duplica e o jogo físico exige grande dispêndio de energia, daí que precisam das calorias extras que consomem. No entanto, os problemas alimentares tornam-se, também, mais predominantes durante estes anos (Papalaia, Olds e Feldman 2001).

O desenvolvimento de hábitos alimentares e de conhecimentos sobre a alimentação compara-se ao desenvolvimento cognitivo que ocorre em uma série de estádios, cada um estabelecendo a base para o próximo (Lucas e Freucht, 2010). Na teoria de Piaget, o estádio das operações concretas tem início por volta dos 6-7anos, altura em que a criança consegue libertar-se da dependência perceptível e da linguagem egocêntrica e estende-se até aos 10-11 anos de idade (Lourenço, 2010). Na relação com a alimentação começa a percepção de que os alimentos nutritivos possuem um efeito positivo sobre crescimento e saúde, mas a compreensão de como ou porquê isto ocorre é, ainda, limitada. Nesta fase, as horas de refeição adquirem um significado social, o ambiente em expansão aumenta as oportunidades e as influências sobre a seleção dos alimentos (Lucas e Freucht, 2010). Os hábitos, preferências e aversões são estabelecidos nos primeiros anos e prosseguem até à fase adulta. Para Lucas e Freucht (2010), as principais influências na ingestão alimentar incluem o ambiente familiar, tendências sociais, os mídia, a pressão dos colegas e a presença de doença.

Para as crianças, a família é a influência primária no desenvolvimento dos hábitos alimentares. As similaridades entre as preferências alimentares das crianças e dos pais refletem, provavelmente, influências genéticas e ambientais (ADA, 2004). As tendências nacionais indicam que as refeições em família são cada vez menos comuns, em parte devido ao horário dos seus membros, à presença de televisão no momento da refeição e à quantidade decrescente de tempo dedicado ao planeamento e à preparação de refeições familiares (Lucas e Freucht, 2010).

Nos contatos sociais, a influência dos colegas aumenta com a idade e afeta as escolhas alimentares. Isto pode resultar numa recusa súbita de um alimento ou no pedido de um alimento que seja popular no momento. Principalmente na escola, “o grupo de pares ajuda as crianças a aprender e a viver em sociedade” (Papalaia, Olds e Feldman, 2001, p.484). Os comportamentos positivos, tais como o desejo de experimentar novos alimentos, podem ser fortalecidos.

As mudanças nos estilos de vida familiar impõem que muitas crianças em idade escolar sejam as responsáveis pelo seu próprio pequeno-almoço e que muitas destas crianças

falham esta refeição, consumindo menos energia e nutrientes do que aquelas que o tomam (Lucas e Freucht, 2010).

Nesta idade são preteridos os alimentos empacotados, as escolhas alimentares são limitadas àquelas que não necessitam de aquecimento ou de refrigeração. Conforme a criança fica mais velha e tem dinheiro para gastar, consome mais lanches fora de casa.

Para Peres (1994), o fornecimento do leite escolar tem ajudado na melhoria nutricional da generalidade das nossas crianças. Contudo, na maioria das escolas é só fornecido o leite e, comumente leite achocolatado, o que não constitui um lanche suficiente. Por isso, deve ser completado com alimentos do grupo dos cereais e da fruta. É reconhecida a importância das refeições intercalares na promoção do equilíbrio do dia alimentar, podendo ser potenciais fornecedoras de alimentos de riqueza nutricional (Candeias, Lam e Evaristo, 2010).

Posto isto, a idade escolar é uma etapa muito importante no desenvolvimento da criança, pelo que é essencial que não ocorram desequilíbrios nutricionais. Contudo, as “necessidades nutritivas das crianças variam de acordo com o ritmo de crescimento, grau de maturação de cada organismo, sexo, atividade física e também capacidade para utilizar os nutrientes provenientes da ingestão” (DGS, 2007).

Nunes e Breda (2001) referem que a variedade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades do organismo em nutrientes e de evitar o excesso de ingestão de eventuais substâncias com risco para a saúde. Tal como nos alude Maciel e Marinho (2005), existem vários instrumentos, que de forma simples ajudam a saber o que comer. Por exemplo, a roda dos alimentos, é uma boa referência acerca da proporção em que cada tipo de alimento deve participar na alimentação diária. A DGS (2005a) diz-nos que a nova Roda dos Alimentos (anexo I), transmite orientações para uma alimentação saudável, isto é, uma alimentação completa - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente; equilibrada - ingerir maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão; e variada - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo.

Uma criança em idade escolar, geralmente, já tem um padrão alimentar bem definido, assim como as suas preferências alimentares (Lucas e Freucht, 2010). Em contrapartida, é um período de desenvolvimento em que a criança se encontra envolvida em diferentes contextos que lhe possibilitam a aquisição de novas competências e aprendizagens, daí

que seja importante incentivar os hábitos alimentares saudáveis, estando ciente de que os hábitos adquiridos nestas idades conduzem a criança neste período de tomada de decisão e de responsabilidade e prevalecerão ao longo da vida.

2.2.1 A Alimentação Promotora da Saúde na Criança em Idade Escolar

As mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas levaram a alterações significativas nos estilos de vida das pessoas e, concomitantemente, a um aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil nos países desenvolvidos, nomeadamente em Portugal (Oliveira et al., 2007; Thibault et al., 2010).

A evidência científica demonstra que apesar do excesso de peso e/ou obesidade apresentarem natureza multifatorial (WHO European Office, 2006; Correia, 2004), os estilos de vida, nomeadamente os relacionados com a alimentação e a atividade física desempenham um papel significativo, não só como fator desencadeante (Sobral, 2001), mas, também, ao nível da prevenção e tratamento (WHO, 2010).

Segundo a OMS, a obesidade infantil constitui um sério desafio de saúde pública do século XXI, tendo atingido proporções epidémicas. Atualmente, a obesidade é a doença pediátrica mais comum a nível mundial (Reilly, 2006).

De acordo com as estimativas do *Internacional Obesity Taskforce* (IOTF), 1 em cada 10 crianças tem excesso de peso, o que perfaz cerca de 155 milhões de crianças em idade escolar com excesso de peso, das quais 30 a 45 milhões são obesas, sendo que isto representa cerca de 2 a 3 % das crianças entre os 5 e os 17 anos a nível mundial. Nos Estados Unidos da América, 35,5 % das crianças dos 6 aos 11 anos possui excesso de peso, das quais 19,6 % são obesas (CDC, 2010). Portugal encontra-se numa das posições mais desfavoráveis a nível europeu (WHO European Office, 2006) com uma prevalência de 32,1% de excesso de peso em crianças dos 6 aos 9 anos de idade (Rito e Breda, 2010).

São vários os estudos que evidenciam esta problemática a nível nacional. Carmo e colaboradores (DGS, 2007) concluíram que o número de pessoas com excesso de peso e obesidade tem vindo a aumentar. Cerca de 39,4% da população adulta (18-64 anos) tem excesso de peso e 14,2% é obesa. A maior prevalência de excesso de peso e/ou obesidade observa-se no sexo masculino (60,2%), mas o género feminino encontra-se muito próximo (47,8%).

Um estudo realizado por Cristina Padez revela que um terço das crianças portuguesas, entre os 7 e os 9 anos, têm peso a mais, sendo que 20,3% são pré-obesas e cerca de

11,3% são claramente obesas (Padez, et al, 2004). O conhecimento de que a obesidade vai aumentando ao longo da vida permite prever que esta geração de crianças dê origem a muito mais pré-obesidades e obesidades no adulto, do que as atuais, que são já em grande percentagem (Carmo, 2006). Também, na região do Algarve, surgem dados muito semelhantes para esta faixa etária, em que 20% das crianças em estudo apresentam pré-obesidade e 10,2% são obesas (Carmo, et al, 2008). Na região Autónoma dos Açores o estudo de autoria de Oliveira (2006) corrobora com esta problemática, sendo que num total de 2247 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos, as prevalências de excesso de peso e obesidade foram de 18,6% e 10,3%, respetivamente. Segundo a Plataforma Contra a Obesidade, estima-se que os custos diretos da obesidade absorvam 3,5% das despesas totais de saúde. Esta situação encontra-se, seguramente, relacionada com padrões de comportamento alimentar caracterizados por “elevado consumo de calorias (açúcares e gorduras) e, paralelamente, por dietas cada vez menos ricas em cereais completos, hortaliças e frutos, para além de reduzidos níveis de atividade física” (DGS, 2007).

A par da adoção de padrões alimentares desadequados, existem outros determinantes, como o estatuto socioeconómico, que ajudam a explicar o agravamento do excesso de peso infantil (Rama, Breda e Rito, 2010). Os indicadores mais utilizados para definir o nível socioeconómico nos estudos que o relacionam com o excesso de peso nas crianças, são o nível de escolaridade, a ocupação profissional parental, o nível de rendimento e a área de residência (Maclaren, 2007; Shrewsbury e Wardle, 2008). A literatura indica que nos países desenvolvidos, um grau elevado de escolaridade poderá estar associado a uma maior apetência das crianças por alimentos saudáveis (Heather e Nicklas, 2005).

Rama, Breda e Rito (2010) procuraram testar a associação entre o nível socioeconómico e o excesso de peso, numa amostra representativa a nível nacional de crianças em idade escolar. Em relação à escolaridade dos pais, os resultados sugerem que um maior nível de literacia e habilitações correspondentes ao ensino superior, poderão ter um efeito protetor na prevalência do excesso de peso infantil.

Assim, é fundamental conhecer as múltiplas causas que poderão estar na génese da obesidade infantil. Não obstante, a DGS (2005b), considera a intervenção sobre os comportamentos alimentares e, particularmente a abordagem do excesso de peso, sobretudo entre as crianças e jovens, uma urgência de saúde pública.

No combate à obesidade, a prevenção primordial passa pela aplicação de políticas e programas de promoção de determinantes positivos da saúde, cujas atividades pretendem evitar o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença (Meireles, 2008). Uma das prioridades da plataforma contra a obesidade é a abordagem da obesidade infantil, numa estratégia multifacetada onde o conhecimento epidemiológico, através da investigação, permite conhecer a prevalência da obesidade infantil e dos comportamentos alimentares (DGS, 2007). Também as estratégias do PNSE preconizam atividades de vigilância e de proteção da saúde e, no âmbito da prevenção primária, a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (DGS, 2006).

Faz sentido pensarmos que as iniciativas se devem enquadrar e articular com o PNS 2011-2016 e com os objetivos de abordagens integradas sobre os determinantes da saúde ligados ao estilo-de-vida, e expressas em programas decorrentes do anterior PNS, que visam promover a resiliência e os fatores protetores ou ainda, reduzir a suscetibilidade e a exposição a fatores de risco (Keller, Stonhoschein e Briske, 2011).

2.3 A Educação Alimentar na Criança em Idade Escolar

A noção de que a saúde é um bem cuja manutenção depende, antes de mais, do comportamento e empenho de cada um, está cada vez mais enraizada. A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa, como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (1986). A Declaração de Jakarta (1997) salienta que o acesso à educação e informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o empowerment das pessoas e comunidades (WHO, 1998).

Do mesmo modo, a educação para a saúde (EpS) compreende a construção de oportunidades facilitadores de aquisição de conhecimentos e competências que visem melhorar a literacia em saúde (WHO, 1998). Para Tones e Tilford,

“é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida” (1994, p.11).

Assim, pelo impacto positivo que pode ter na saúde das pessoas, a EpS deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme está reconhecido na carta de Ottawa (WHO, 1986).

Embora sejam várias as causas dos erros alimentares, Aguiar (1991) diz-nos que a ignorância desempenha um papel fundamental. A educação alimentar, surge pois como um impiedosa necessidade dos tempos modernos, em que o consumismo mais ou menos generalizado e um progressivo bem-estar económico contribuem para a utilização sistemática de alimentos prejudiciais à saúde.

Educar para comer bem, de uma forma saudável, constitui o que Loureiro identifica como “um desafio às capacidades crítica e de assertividade para contrapor ao meio circundante a sua vontade esclarecida” (2004, p.45). Reforça que as experiências de vinculação na infância e a educação que se recebe nos primeiros anos de vida até à adolescência são determinantes na adoção de atitudes e comportamentos relacionados com a saúde.

Tal como nos refere Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), é fundamental integrar e intervir em diferentes níveis de influências, destacando-se a família, por proporcionar o sistema alimentar e os valores; as organizações sociais, como a escolar, que estabelecem um contexto importante na aquisição de conhecimentos; e a comunidade, onde o indivíduo vive e se relaciona com o sistema.

2.3.1 Contexto Família

A família é um sistema social primário dentro do qual a criança se desenvolve, é cuidada e torna-se apta para o convívio social. Tem uma enorme influência no conceito individual de saúde e de doença, no sentido de autoestima e de competência pessoal (Stanhope e Lancaster, 2011). Deste modo, o papel da família na alimentação e na educação alimentar é inquestionável (Nunes e Breda, 2001). É no seio da família que se iniciam as influências educativas que vão determinar todo o processo de socialização alimentar.

Nesta vertente, a família fornece o principal ambiente onde os comportamentos saudáveis podem ser introduzidos, aceites e mantidos. As preferências alimentares estão associadas à capacidade que os pais têm de introduzir novos alimentos e incentivar hábitos alimentares saudáveis. Os pais, para além de transmitirem informações sobre os alimentos, têm várias maneiras de influenciar os hábitos alimentares das crianças, por exemplo, podem controlar os alimentos que entram em suas casas e a maneira como esses são preparados. Para Loureiro (2004), os pais transmitem mensagens às suas

crianças através da atenção que prestam à hora da refeição, incluindo a sua arte de organizar e planejar um jantar ou um pequeno-almoço.

É durante a infância que os comportamentos e os padrões alimentares se desenvolvem e perduram ao longo da vida. Durante os primeiros anos, a criança aprende o quê, quando e que quantidade deve comer, baseada na transmissão cultural e nas atitudes, crenças e práticas familiares relacionadas com os alimentos e com a alimentação. As experiências com os sabores dos alimentos começam muito cedo. Quando a criança faz a transição para a dieta do adulto, as suas preferências refletem o tipo de alimentos que estão disponíveis e acessíveis para si. Aprendem sobre os alimentos através da experiência direta, ao come-los, e observando o que os outros comem.

Brian Wansink, presidente da Society for Nutrition Education (prefácio, 2011) refere que muitos pais acreditam que não podem controlar o que a sua família come. Para contestar esta situação reporta para um estudo que evidencia que as pessoas que compram e confeccionam a maioria dos alimentos em casa controlam, direta ou indiretamente, 72% do que a sua família consome (Wansink, 2006). Este controlo pode ser para melhor ou para pior. Afirma *“lets do it for the better”* (2011, p.307), orientando as crianças para o consumo de fruta e legumes. Outro estudo sugere que o consumo de fruta e legumes pelas crianças encontra-se correlacionado com o consumo da própria mãe (Miller, Moore e Krall, 2011). Por outro lado, o estudo de Andaya e colaboradores (2011), acrescenta que crianças que comem refeições em família e com a televisão desligada também consomem mais fruta e menos fritos e refrigerantes.

Posto isto, uma vertente fundamental é a aposta na informação baseada na evidência científica e na capacitação, tanto dos alunos como dos pais, para que possam e saibam gerir no seu dia a dia padrões de consumo saudáveis (DGS, 2006).

Segundo a Plataforma Contra a Obesidade Infantil, a orientação familiar assume uma relevância ainda maior nos grupos de pessoas com menores rendimentos, menor formação e de níveis socioprofissionais mais desfavorecidos, onde a obesidade tem maior expressão. As refeições, os seus horários e os lugares à mesa são fundamentais e constituem importantes momentos para a transmissão de valores da alimentação tradicional e da família (DCG, 2007).

Deve ser fomentada uma atitude pró-ativa dos pais junto da escola, exigindo que esta forneça alimentos e refeições saudáveis em detrimento de opções alimentares menos corretas (Baptista e Lima, 2006). Por outro lado, a inclusão dos pais como instrutores

ancestrais em casa, reforça o que a criança aprendeu na escola, mas poderá, também, ter um efeito positivo nas atitudes e comportamentos dos próprios pais (Loureiro, 1999).

2.3.2 Contexto Escola

A escola é entendida como um espaço socialmente reconhecido para desenvolver o ato pedagógico, cuja missão educativa visa complementar a missão da família, contribuindo na construção de valores pessoais e dos significados atribuídos a objetos e situações, entre eles a saúde (Aerts, et al, 2004).

É, também, conhecido que

“crianças saudáveis têm melhor rendimento escolar, faltam menos às aulas, apresentam menos problemas comportamentais, têm atitudes mais positivas, têm melhor qualidade de vida, têm maior probabilidade de virem a ser adultos produtivos e saudáveis, têm pais mais informados e apresentam menor encargo para a sociedade.” (DGS, 2007).

Nesta linha pensamento, o investimento na educação reflete-se claramente na saúde dos indivíduos.

Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em

“dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo” (DGE, 2012).

A educação para a saúde não é responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde. Todos os setores, nomeadamente, o da educação, são responsáveis pela construção de um bem-estar global. No âmbito do protocolo estabelecido entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde - Despacho nº 25995/2005 (2ª série), Despacho nº 2506/2007 e Despacho nº 12 045 / 2006 (2ª série) - foi aprovado o PNSE que delibera que a EpS deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar o Projeto Educativo da Escola.

Nos termos do Despacho Interno do Secretário de Estado da Educação (2006), a alimentação é considerada, entre outras temáticas, uma área prioritária. Na vertente curricular do 1º Ciclo do Ensino Básico, a educação alimentar é abordada no programa de Estudo do Meio, no bloco “à descoberta de si mesmo”. No 1º ano, o aluno adquire os conhecimentos das normas de higiene alimentar; no 2º ano, é incentivado a conhecer e a aplicar essas normas, designadamente a identificação dos alimentos indispensáveis a uma vida saudável ou a verificação do prazo de validade dos mesmos. No 3º ano,

aprende a identificar os fenómenos relacionados com algumas das funções vitais, nomeadamente a digestão. No entanto, no 4º ano, este tema não é contemplado (Ministério da Educação, 2004; DGIDC, 2006).

O sistema educativo deve contribuir para “ (...) o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade dos indivíduos, incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e solidários (...) ” (art.º 2, alínea 4, 2005). Assim, em conformidade com este princípio e considerando que cada pessoa deve responsabilizar-se pela sua saúde e desenvolver a capacidade de construir o seu projeto de vida em direção ao bem-estar, compete a todas as escolas definirem uma política interna que permita o desenvolvimento destas competências e, portanto, constituírem-se como promotoras de saúde (Loureiro, 2000).

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), assenta num conceito positivo de saúde e respeita a Convenção sobre os Direitos da Criança, que reporta para medidas como “assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança (...) ” (artigo 24, nº 2, na alínea e) p.86, 1990). Neste sentido, os alunos são abordados como pessoas completas, em que valores e oportunidades determinam comportamentos que se inter-relacionam (Loureiro, 2004).

Em Portugal, as refeições que os alunos fazem na escola são de 2 tipos: o almoço, fornecido pela escola e subsidiado pelo estado e, no caso do 1º ciclo, também pelo poder local, e refeições intercalares (merendas/lanches) que dependem da escolha dos alunos, eventualmente controlados pelos pais/família. De facto, é na escola que as crianças fazem grande parte do seu dia alimentar.

Posto isto, a possibilidade de intervenção no contexto escolar é crucial para a promoção de conhecimentos aprofundados e de bons hábitos alimentares, atendendo a que os jovens que adotam, precocemente, uma alimentação saudável têm mais probabilidade de a manter durante toda a vida e que a obesidade não responde facilmente ao tratamento, tanto na infância como na adolescência (WHO, 2010; Mckenzi, 2000). O trabalho com a escola passa por averiguar os conhecimentos da comunidade escolar, de forma a desenvolver as suas potencialidades salutogénicas, capacitando para a tomada de decisões saudáveis (DGS, 2006).

2.4 Intervenção de Enfermagem Comunitária na Promoção da Alimentação Saudável em Idade Escolar

As novas políticas de saúde para o século XXI valorizam o desenvolvimento dos cuidados na comunidade como meio para o desenvolvimento das populações. Em Portugal, a reorganização dos serviços de saúde, com a criação dos agrupamentos de saúde e a definição das unidades funcionais de cuidados de saúde, veio trazer uma nova oportunidade para os enfermeiros inovarem estratégias com foco na promoção de saúde, dirigidas a famílias, grupos e comunidades inseridas em diferentes contextos físicos e sociais (Prendi, in STANHOPE E LANCASTER, prefácio, 2011).

As crianças em idade escolar são uma população de interesse, que é “essencialmente saudável, mas que pode melhorar fatores que promovem ou protegem a saúde” (Keller, Strohschein e Briske, 2011, p. 200), e os seus hábitos alimentares são apreendidos através da experiência, observação e educação (Nunes e Breda, 2001).

Baseado no conhecimento de que os comportamentos adquiridos são passíveis de serem modificados através da intervenção de enfermagem, perfilhou-se como referencial teórico, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Este modelo ajuda a identificar os fatores que influenciam os hábitos e comportamentos alimentares e orientar a nossa prática de enfermagem

“centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença (...), dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre determinantes de saúde na comunidade” (Correia et al, 2001, p.75).

Na perspetiva de Pender (2011) o contexto social da vida das pessoas, como por exemplo, as condições de vida, a alimentação e o trabalho, pode influenciar a saúde de forma positiva ou negativa. Nesta linha de pensamento, existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da sua saúde. Assim, a promoção da saúde é considerada como “um processo que permite a indivíduos, famílias e comunidades exercer controlo sobre os determinantes da saúde e agir” (p.14).

Pender (2011) preconiza que os programas de promoção de saúde devem ser dirigidos às crianças antes dos hábitos e comportamentos se solidificarem. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde da comunidade, bem como, no

desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação da comunidade escolar na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2010). Tal como nos diz Pender, “o desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis em crianças é fundamental para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis na população total” (2011, p.308).

Capacitar, oriundo do latim *capacitare*, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa da Infopédia (2003-2011) significa “tornar-se capaz” ou seja “ apto; competente”. Segundo Sebastian (2011), “os enfermeiros podem capacitar os clientes ajudando-os a adquirir as competências necessárias para ter uma vida saudável e para serem clientes eficazes dos cuidados de saúde” (p.763-764).

As intervenções de educação para a saúde são potencialmente mais eficazes na escola, porque é neste contexto que as crianças passam a maior parte do seu tempo. Para Pender as escolas “devem ser ambientes de saúde, devem ajudar a formar crianças resilientes e a desenvolver comportamentos saudáveis, tais como uma alimentação positiva (...)” (2011, p.307). O trabalho de promoção da saúde com as crianças tem como ponto de partida “o que eles sabem” e o “que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de atuar de modo a introduzir atitudes e/ou comportamentos adequados (DGS, 2006).

Aprender a identificar as características da nossa população, permite a escolha de estratégias mais adequadas para uma mudança bem-sucedida. Segundo Pender (2011), os hábitos e o comportamento alimentar são influenciados por múltiplos fatores e “são parte integrante do estilo de vida individual, familiar e da comunidade (...). Uma modificação eficaz exige a consideração de todos esses fatores (...)” (2011, p. 175).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (anexo II) ao retratar a natureza multidimensional das pessoas na interação com o seu meio ambiente na busca da saúde, tem em conta as características e experiências individuais, as cognições que afetam o comportamento e o resultado comportamental (Pender, 2011). Nesta linha de atuação, possibilita uma abordagem global de vários fatores que podem estar relacionados com a promoção de hábitos saudáveis nas crianças.

A componente característica e experiências individuais abrange o conhecimento dos hábitos alimentares das crianças e pais, bem como a avaliação dos fatores pessoais passíveis de influenciar esses hábitos, tais como os fatores biológicos, associados à fase de crescimento e desenvolvimento das crianças; os fatores socioeconómicos e os

psicológicos que se prendem com a motivação das crianças, pais e comunidade educativa para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Constituem cognições que afetam o comportamento, modificáveis através das intervenções de enfermagem, os benefícios percebidos da ação; as barreiras percebidas à mesma; as influências interpessoais e situacionais, suscetíveis de interferir nos hábitos alimentares das crianças. O resultado esperado refere-se ao estabelecimento de um compromisso com o plano de ação, no sentido de atingir o comportamento de promoção de saúde, que neste caso, passa por seguir a uma alimentação saudável. Tal como nos diz Pender, os comportamentos de promoção da saúde, quando associados a um estilo de vida saudável, que permeia todos os aspetos da vida, resulta em melhoria da saúde e melhor qualidade de vida, em todas as fases do desenvolvimento (2011, p 50).

Neste sentido, a aquisição de “conhecimentos sobre alimentação saudável, associados ao desenvolvimento da capacidade crítica, parecem ser um bom preditor de escolhas saudáveis” (Loureiro, 2004, p.44).

Na sua definição, Pender refere que a saúde da comunidade é mais do que a soma do estado de saúde de cada um dos seus membros, engloba as características da comunidade como um todo. Assim, “comunidades saudáveis apoiam estilos de vida saudáveis” (Pender, 2011, p. 27). Posto isto, a abordagem na escola para melhorar comportamentos alimentares é focalizada mais em aumentar o nível de saúde do que na redução dos riscos. A intervenção orienta-se mais no sentido de estimular comportamentos positivos através da aquisição de conhecimentos e de competências para fazer face às situações do dia a dia, numa abordagem salutogénica, em que são procurados os recursos e a melhor forma de os gerir (Loureiro, 2004).

Na referência à Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, Pender refere que a criança aprende por observação direta dos comportamentos que considera modelos, sendo fundamental intervir com as famílias e grupos de pares, dando reforço aos hábitos saudáveis já adquiridos (Pender, 2011).

3. METODOLOGIA

A conjuntura socioeconómica e política atual impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, nomeadamente no que concerne à otimização das suas competências, visando o planeamento estratégico em saúde. Este constitui um instrumento ímpar no conhecimento da realidade, nomeadamente, do estado de saúde e comportamento das populações, através da “racionalização do uso de recursos para atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 23).

Para Tavares (1990) o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico, composto por seis etapas consecutivas. Neste capítulo apresenta-se a descrição de cada etapa, seguindo a ordem de consecução do projeto: Diagnóstico de situação (3.1); determinação de prioridades (3.2); fixação de objetivos (3.3); seleção de estratégias (3.4); execução do projeto (3.5) e avaliação (3.6).

3.1 Diagnóstico de Situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é a elaboração do diagnóstico de situação, sendo que as etapas seguintes dependem da sua qualidade. Compreende a identificação, por um lado, dos problemas de saúde e, por outro, das necessidades da população, que exprimem a diferença entre o estado de saúde atual e aquele que se pretende alcançar (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

É o conhecimento das necessidades sentidas por parte da população e não apenas as percecionadas pelos profissionais de saúde, que determina a adequação do projeto (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Com base neste pressuposto, a intervenção teve lugar numa escola referenciada na reunião do Grupo de Trabalho Moinhos da Arroja, tendo sido expressa, pela Diretora da Escola, a necessidade de intervir na área da alimentação. Este grupo multidisciplinar, do qual faz parte uma enfermeira da UCC de Odivelas, integra um projeto de parceria entre a Câmara Municipal e o Agrupamento de Escolas Moinhos da Arroja (AEMA), com o intuito de promover uma maior articulação e proximidade com a comunidade (GAP, 2009).

Numa fase preparatória foi primordial estabelecer relações com a comunidade escolar, tendo sido apresentado o projeto e os seus objetivos à Diretora da Escola e às respetivas professoras, antes do início do ano letivo. Foi privilegiado o contato com o Presidente da

Associação de Pais, que decorreu numa das reuniões do Grupo Moinhos da Arroja. Na primeira reunião do ano letivo foi obtido, por parte dos encarregados de educação, o consentimento, interesse e apoio para a execução deste projeto.

A presença em sala de aula foi uma constante, quer nos momentos letivos, quer no decorrer dos lanches, bem como na hora do almoço, em que a refeição decorreu, muitas vezes, no refeitório juntamente com as crianças. O Dia Mundial da Alimentação, comemorado a 16 de outubro de 2011, coincidiu como início do estágio e foi utilizado para conhecer as crianças e para dinamizar atividades alusivas ao tema. Posteriormente, os trabalhos foram expostos no átrio da escola (apêndice II), o que também conferiu visibilidade ao projeto.

É de referir que a intervenção com a comunidade escolar primou pelo respeito pela dignidade humana, quer na sua prática quotidiana, quer na condução da intervenção. O código deontológico refere-se especificamente aos menores de idade e prescreve que o enfermeiro deve assumir o dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE, 2009 alínea b) do artigo 81). Reconhece-se que as crianças constituem um grupo vulnerável em matéria de saúde e que, por isso, carecem de uma proteção especial dos enfermeiros, para que os seus direitos sejam preservados. A informação constitui um dos aspetos fundamentais no âmbito do consentimento informado, sendo abordado no artigo 84º do Código Deontológico. Assim, no respeito pelo direito à autodeterminação foi informada a comunidade educativa (crianças, pais, professoras, auxiliares de educação) no que concerne aos objetivos da intervenção. Por se tratar de crianças menores, foi promovido o consentimento informado assinado pelos encarregados de educação (apêndice III). As atividades tiveram lugar em sala de aula, no decorrer do tempo letivo, contudo foi respeitada a liberdade e a autonomia de cada um na participação das mesmas.

3.1.1 Contextualização do Local de Intervenção

Este projeto foi realizado numa escola pública do 1º Ciclo do Ensino Básico, situada no Concelho de Odivelas, Bairro da Arroja, e em colaboração com a UCC do ACES Grande Lisboa V – Odivelas. A esta unidade funcional compete, à luz do disposto no artigo nº 11 do Decreto-Lei nº 28/2008, prestar “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, (...)” atuando ainda na educação para a saúde (...)”(2008, p.1184).

A escassez de recursos humanos impõe que o funcionamento da UCC se limite, atualmente à RNCCI, contudo a sua carteira de serviços integra o projeto “Vamos à Escola”, dirigido às crianças que frequentam o Ensino Básico na sua área de abrangência. Tem como objetivo “promover a saúde e prevenir a doença dos alunos através da Educação para a Saúde (...) e reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida...” (UCC, 2010). Foi neste contexto de interesses mútuos que se inseriu este projeto, indo ao encontro da missão da UCC que visa contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção (Ministério da Saúde, 2009). Não obstante, é da vontade dos enfermeiros que integram a unidade promover a continuidade do projeto, assim que se reunirem as condições necessárias.

A escola encontra-se inserida num grande centro populacional, que funciona como dormitório, tendo poucas zonas verdes e espaços de lazer. O Bairro da Arroja é constituído por uma zona nova, onde grande parte da população é de origem portuguesa, mas também onde residem muitos emigrantes oriundos dos *Palop's* e de realojamentos devidos às cheias. A zona velha abarca construções antigas e casas pré-fabricadas, onde atualmente residem famílias de diversas etnias (AEMA, 2010).

Após as atividades letivas, a escola dispõe de um serviço de apoio ao estudo, onde as crianças podem permanecer até à chegada dos pais. Em termos de atividade física, oferece várias atividades extracurriculares, tais como aulas de karaté e de *hip hop*.

Em agrupamento com a escola básica (EB) funciona o jardim de infância, mas que não partilha do mesmo espaço. Assim, frequentam a escola 336 crianças, das quais 65 frequentam a educação pré-escolar e 261 o ensino básico.

3.1.2 População Alvo

O foco de intervenção deste projeto teve como população-alvo todas as crianças inscritas no 1º ciclo da EB, no ano letivo de 2011-2012, com um universo de 261 alunos. Por contingência temporal, recorreu-se a uma amostra não-probabilística por conveniência dos 61 alunos que frequentam o 4º ano e respetivas famílias. A escolha desta amostra deveu-se ao fato de ser uma população favorável para a modelação e capacitação de conhecimentos sobre a alimentação saudável. Pretende-se que estes alunos estejam na posse de saberes que lhes permitam fazer escolhas conscientes e saudáveis no futuro, uma vez que é o último ano que frequentam o 1º ciclo do ensino básico. Pelos estudos

apresentados anteriormente, torna-se importante intervir com esta faixa etária, na medida em que precede a puberdade e é fundamental para prevenir a obesidade na idade adulta. Das crianças selecionadas (61), um aluno apresentava critérios de exclusão, na medida em que, apesar de matriculado, nunca frequentou o estabelecimento de ensino. A amostra é, assim, constituída por 60 crianças, distribuídas por 3 turmas, correspondendo a 23% do universo.

3.1.3 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados

O conhecimento das necessidades da comunidade e a procura de soluções é um dever do enfermeiro (OE, 2009). Para tal, procedeu-se a uma colheita de dados ocasional e de fontes primárias (Reis, 2008).

Para a caracterização das crianças recorreu-se à consulta das fichas individuais dos alunos, relativamente às variáveis idade, género, nacionalidade/étnia e rendimento social. A pesquisa bibliográfica efetuada permitiu apurar um questionário devidamente validado e aplicado à população portuguesa, na faixa etária pretendida. O questionário Espiga foi cedido pelo NRAPCO e o respeito pelos direitos de autor traduziu-se na autorização da coordenadora do núcleo, na pessoa da Dr^a Cristina Miranda (anexo III).

O Espiga é composto por 107 questões de resposta fechada, distribuídas por 7 grupos: antecedentes pessoais, antecedentes familiares, frequência alimentar, comportamento alimentar, perceção dos encarregados de educação, atividade física e características gerais da família; e por uma questão aberta para comentários (anexo IV). Deste instrumento foi excluído o grupo relativo à atividade física (questões 89-100) por não ser objeto de estudo.

Solicitou-se a participação dos encarregados de educação para preencherem o Espiga, que foi levado para casa, pelas crianças, no dia 21 de outubro de 2011 e a data final de recolha ocorreu no dia 7 de novembro de 2011.

A caracterização socioeconómica da família foi efetuada com base nas habilitações literárias (questão 102); na situação profissional dos progenitores (103), no rendimento médio mensal do agregado familiar (104), e no tipo de habitação em que residem (105 e 106).

As questões referentes à frequência e comportamento alimentar e à perceção dos encarregados de educação são classificadas numa escala ordinal de frequências do tipo likert, de 1 a 5, ascendente, sendo que no que se refere à frequência alimentar (17 a 45) as opções são “nunca ou raramente”; “1x de 15-15 dias”; “1-3x por semana”; “4-7x por

semana”; “mais de 1x por dia”. Nos outros dois grupos (46 a 87) as opções são “nunca”; “raramente”; “por vezes”; “muitas vezes” e “sempre”.

A *frequência alimentar* diz respeito aos hábitos alimentares das crianças, enquanto que o *comportamento alimentar* refere-se às “atitudes e fatores psicossociais implícitos na seleção e decisão de quais os alimentos a ingerir (...), tais como a resposta à saciedade, ingestão lenta, prazer em comer (...)” (Viana, Sinde e Saxton, 2011, p. 145). Este grupo de questões (46 a 80) faz parte do questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ), tendo sido autorizado pelo autor Ph.D. Victor Viana (anexo V). Avalia através de escalas o comportamento de adesão ou rejeição alimentar, inferindo através das respostas a existência de um comportamento promotor ou não de risco de obesidade.

A *perceção dos encarregados de educação* refere-se a alterações do comportamento das crianças e ao conhecimento das causas que podem estar na génese da obesidade infantil (Eckstein, et al, 2006).

O Espiga tem como vantagem a possibilidade de tratamento quantitativo dos dados, permitindo rapidez na fase de diagnóstico, como pressuposto na metodologia utilizada (Imperatori e Giraldez, 1993). Contudo, por forma a diminuir o enviesamento, a colheita de dados foi complementada com a utilização de uma grelha de observação dos lanches que as crianças traziam de casa (apêndice VII).

O lanche da manhã é habitualmente preparado pelos pais ou pelas próprias crianças, no que se refere ao lanche da tarde, uma vez que começou a ser fornecido pela Câmara, foi excluída a sua observação. As refeições intercalares são feitas em sala de aula, o que facilitou o seu registo. Assim, procedeu-se a três observações por turma, sem conhecimento prévio dos alunos e em dias alternados, o que corresponde a um total de nove registos, durante o período de 24 de outubro a 25 de novembro de 2011.

3.1.4 Tratamento de Dados e Resultados

Como preconizado pela metodologia do Planeamento de Saúde, utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados obtidos, com o auxílio do programa informático Microsoft Office Excel 2010.

Para a caracterização da amostra utilizou-se a dimensão das características e experiencias individuais (Pender, 2011), referente ao comportamento anterior e aos fatores pessoais da criança e família. O comportamento anterior foi caracterizado através do questionário aplicado, com as variáveis “*frequência alimentar*” e “*comportamento alimentar*”.

Foram entregues 55 questionários, o que representa 94,8% dos encarregados de educação, num universo de 58, dado que 3 crianças da amostra são irmãos. Destes, foi excluído um por não se encontrar preenchido, pelo que foram alvo de tratamento de dados 54 questionários. Relativamente ao seu preenchimento, 87% foi respondido pela mãe, 9% pelo pai, 2% pelos avós e 2% por outros familiares.

Caracterização da amostra:

A amostra é constituída por 60 crianças, com 31 meninas (51,7%) e 29 meninos (48,3%), com idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos, sendo que os 9 anos é a idade mais representativa (73,3%). São maioritariamente de nacionalidade portuguesa (88,3), e a etnia cigana não é figurativa (3,8%). Beneficiam de auxílios económicos, no âmbito da Ação Social Escolar, 41 alunos (68,3%), dos quais 25 são abrangidos pelo escalão A e 16 pelo escalão B (apêndice IV).

Antecedentes Pessoais: Em relação ao peso de nascimento, 63% apresentavam superior a 3001gr e 11,1% inferior a 2600 gr. O comprimento médio foi de 48,6 cm.

Na sua maioria fizeram amamentação materna (81,5%), tendo sido exclusiva em média até aos 5,8 meses. A introdução alimentar ocorreu entre os 4 e os 6 meses (77,8%) e a papa foi a primeira comida de eleição (68,5%). As crianças são maioritariamente saudáveis, sendo que 13% refere apresentar problemas de saúde, essencialmente do foro alérgico, fazendo medicação para o efeito.

Antecedentes Familiares:

Os progenitores das crianças apresentam um peso médio de 82,1 Kg para os pais e de 75,1 Kg para as mães das crianças, correspondendo a um IMC médio de 26,9 para os pais e 28,4 para as mães. Perante estes resultados, pode-se concluir a existência de valores de pré-obesidade (IMC 25-29,9) nos pais das crianças. A obesidade parental é evidenciada, no estudo de Padez e colaboradores (2005), como um dos fatores de risco associado ao excesso de peso e à obesidade infantil, justificando a necessidade de intervir nos hábitos alimentares das crianças.

Para além disso, verificou-se a existência de 3 pais (6,4%) e 1 mãe (2%) diabéticos; 7 pais (14,3%) e 6 mães (11,5%) com hipertensão arterial; e 7 pais (14,6%) e 3 mães (6%), com hipercolesterolemia.

Caraterísticas Familiares:

As habilitações literárias dos progenitores são em média o 3º ciclo (30,8%), sendo que 13,5% apenas completou a 4ª classe, 18,3% o 2º ciclo e 26% o secundário. Verifica-se, ainda, que 5,8% não completou a 4ª classe e que o nível de instrução mais elevado corresponde ao bacharelato/licenciatura, com apenas 4,8% dos pais. Estes dados evidenciam um nível de escolaridade baixo, não constituindo um fator protetor, tal como referido no estudo de Padez e colaboradores (2005). Em relação à atividade profissional a maioria dos pais (61,4%) é empregado por conta de outrem, sendo que 22,8% se encontra desempregado. O rendimento médio mensal do agregado familiar é relativamente baixo, vivendo, maioritariamente (84,6%) em apartamento (apêndice V).

Perceção dos Encarregados dos Educação: verificou-se que os pais não percecionam alterações no comportamento dos filhos, com moda de nunca ou raramente. Os resultados obtidos demonstram que os pais consideram a má alimentação (30,4%); os fatores genéticos (19,9%) e o sedentarismo (15,5%) como as principais causas da obesidade infantil (apêndice VI - gráfico 3).

Em termos de questionário de comportamento alimentar (CEBQ), as respostas não indicaram comportamentos de adesão alimentar que pudessem significar a existência de um comportamento de risco para a obesidade. Para tal, seria, também, necessário comparar os resultados com os valores do IMC das crianças (Viana, Sinde e Saxton, 2011), que não foi considerado para este projeto, uma vez que a sua finalidade foi intervir nos fatores protetores e não em situação de doença.

Hábitos Alimentares – Necessidades/Problemas de Saúde

Dos dados obtidos em todas as questões do grupo *frequência alimentar*, destacam-se os resultados que apresentam discrepâncias em relação ao consumo preconizado pela roda dos alimentos, tendo sido agrupados de acordo com as suas características nutricionais (apêndice VI).

Em relação aos laticínios, é preconizado o consumo de 2 a 3 porções por dia. Na nossa amostra verifica-se que 69% das crianças consome leite mais do que uma vez por dia. No entanto, existe, ainda, uma percentagem significativa (33%) que apenas o faz 4 a 7 vezes por semana. Também o consumo do iogurte apresenta valores baixos (33%) de ingestão diária. Por outro lado, o queijo e as sobremesas lácteas não são utilizados como

substituto do leite ou do iogurte, sendo que a maioria das crianças (59% e 35%, respetivamente) não consome estes alimentos.

No grupo da carne, pescado e ovos, verifica-se o consumo de peixe apenas 1 a 3 vezes por semana (44,4%) e, em contrapartida, é mais frequente a ingestão de carne com 42,6% das crianças a consumir 4 a 7 vezes por semana. Relativamente ao grupo gorduras e óleos, destaca-se o predomínio de consumo de margarina (35,2%) mais do que 1 vez por dia, em detrimento do azeite (18,5%).

No que diz respeito aos cereais e derivados, é preterido o consumo do pão (63%) mais do que 1 vez por dia, em relação ao pão escuro, na sua maioria (66,7%) referenciado como nunca ou raramente. Relativamente aos cereais de pequeno-almoço, menos de metade da amostra (38,9%) consome 4 a 7 vezes por semana.

Ao grupo das hortícolas adicionou-se a sopa de legumes, que é uma fonte rica destes alimentos. Assim, verifica-se baixos valores de consumo diário de sopa (24,1%) e de hortícolas (11,1%).

Em relação à fruta apurou-se que existe um bom consumo diário (61,1%), que aumenta quando se junta o sumo de fruta (9,3%). Contudo, este valor pode ser aumentado, uma que é preconizado o consumo diário de 3 a 5 porções, por toda a população. No que concerne aos refrigerantes, a maioria (29,6%) refere que não consome estas bebidas, no entanto, constata-se que algumas crianças (14,8%) bebem refrigerantes mais do que uma vez por dia.

Grelha de Observação: Nas três turmas foram registadas um total de 174 merendas e a sua caracterização é apresentada no apêndice VIII. É possível verificar que o pão faz parte de cerca de 48% das merendas, apesar de haver um predomínio do consumo de pão com adição de manteiga e fiambre e/ou queijo (29,3%), o que implica uma ingestão rica em gorduras.

As bolachas com e sem chocolate, o pão com chocolate e os bolos com e sem creme, foram agrupados nos alimentos doces. Os dados permitem aferir que estes alimentos constituem uma parte significativa das merendas (37,9%). Em relação ao grupo dos lacticínios, estão representados em 62,6% das merendas, o que em muito se deve à importância do “leite escolar”, que é fornecido pela Câmara. Contudo, a hipótese de escolha entre leite simples e leite achocolatado, significa um predomínio do consumo do leite achocolatado (31,0%), em detrimento do leite simples (16,7%). Não obstante, as

bebidas açucaradas representam cerca de 28,2% das merendas. A escolha de batatas fritas para esta refeição representa apenas 4,6 % das merendas, no entanto não deveria ser um alimento selecionado. A fruta não constitui um elemento de eleição, representando apenas um consumo de 2,9% das merendas observadas.

Com base nos resultados apresentados em relação à frequência alimentar e às merendas observadas, dividiu-se os problemas de saúde em dos grupos: o baixo consumo de laticínios, peixe, azeite, pão escuro, sopa, hortícolas e fruta; e o excesso de consumo de alimentos doces, bebidas açucaradas, batatas fritas e margarina.

3.1.5 Diagnósticos de Enfermagem

Cruzando os resultados do questionário Espiga e da grelha de observação emergiram os problemas de saúde que são apresentados sob a forma de diagnóstico de saúde da comunidade (Shuster e Goeppinger, 2011). Para tal utilizou-se a taxonomia de Classificação Internacional para Enfermeiros (CIFE® Versão 2), que a OE define como “um instrumento imprescindível de trabalho”, que permite “dar maior uniformização e visibilidade aos cuidados de enfermagem” (p. 3, 2011a). Para além disso, desde 2009 que fui nomeada elo de ligação do serviço onde exerço funções ao projeto institucional de implementação CIFE®, estando, por este motivo, mais familiarizada com a linguagem.

Reportando para o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, pretende-se que estes diagnósticos direcionem as intervenções de enfermagem no sentido de motivar para a adoção de comportamentos promotores de saúde, levando as crianças a perceber os seus benefícios, as barreiras existentes e a desenvolver a autoeficácia, tendo em consideração o ambiente envolvente. Assim, foram identificados os seguintes diagnósticos:

- *Comportamento alimentar infantil comprometido, por ingestão diminuída de laticínios, peixe, azeite, sopa, hortícolas, pão escuro, fruta e sumo de fruta 100%.*
- *Comportamento alimentar infantil comprometido, por ingestão elevada de alimentos doces, pão, bebidas açucaradas, batatas fritas e margarina.*

3.2 Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades diz respeito ao processo de tomada de decisão. Permite uma eficiente utilização dos recursos, ao apontar quais os problemas nos quais se pode e deve intervir, ajudando a estabelecer a ordem pela qual se deve atuar (Tavares, 1990).

A Grelha de Análise foi aplicada para estabelecer prioridades entre os diagnósticos de enfermagem definidos, usando-se como referência Tavares (1990). Esta técnica assenta em 4 critérios: (1) importância do problema; (2) relação entre o problema e o (s) fator(es) de risco; (3) capacidade técnica de resolver o problema e (4) exequibilidade do projeto ou da intervenção. A estes critérios é atribuída sucessivamente e de forma sequencial uma classificação de mais (+) ou menos (-). Seguindo os ramos da própria grelha obtém-se o resultado final, sendo que o valor 1 corresponde à prioridade máxima.

Como estratégia para a operacionalização desta fase do planeamento foi formado um grupo multidisciplinar constituído por 9 peritos: a enfermeira da UCC (representante da saúde escolar); a Diretora da EB; as três professoras do 4º ano e uma auxiliar que vigia o refeitório; a psicóloga do AEMA, o Presidente da Associação de Pais e a mestranda. Cada elemento aplicou individualmente a grelha aos problemas identificados. Posteriormente, calculou-se o resultado final (apêndice IX), somando em cada critério as escolhas positivas e negativas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Pela priorização, concluiu-se que os dois diagnósticos são passíveis de intervenção. Contudo, considerou-se como critério de inclusão apenas o valor igual a 1, o que permitiu reformular os diagnósticos em:

- *Comportamento alimentar infantil comprometido por ingestão diminuída de peixe, azeite, sopa, hortícolas, fruta e sumo de fruta 100%.*
- *Comportamento alimentar infantil comprometido por ingestão elevada de alimentos doces, margarina e bebidas açucaradas.*

3.3 Fixação de Objetivos

A Metodologia do Planeamento em Saúde exige, após priorização dos diagnósticos encontrados, a elaboração de objetivos, através da “seleção dos indicadores (...); determinação da tendência (...) dos problemas prioritários; fixação dos objetivos (...) e tradução dos objetivos em (...) metas” (Tavares, 1990, p.120)

Nesta metodologia, interessam particularmente os indicadores de processo ou atividade, que expõem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, que traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (OE, 2007; Tavares, 1990). A etapa seguinte, referente à tendência natural da evolução do problema, não foi determinada por ausência de dados anteriores sobre esta temática, na EB de Odivelas. Existem, no entanto, projeções e referências na bibliografia consultada, em relação ao baixo consumo de alimentos saudáveis (nomeadamente sopa, hortícolas e

legumes e fruta) em detrimento do consumo de alimentos não saudáveis (*junkfood*), com tendência de aumento. Entre outros, estes fatores contribuem para a obesidade que segundo as projeções da OMS poderá afetar 50% da população mundial em 2025 (DGS, 2005).

Os objetivos devem, segundo Tavares (1990), consistir em cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população-alvo; a área de aplicação; a delimitação temporal. Assim, nesta fase, foi fixado o objetivo geral, detalhado em vários objetivos específicos, com uma função determinante na orientação da intervenção e avaliação. Segundo os elementos mencionados, o projeto teve como **objetivo geral** promover a capacitação das crianças que frequentam o 4º ano da EB, no ano letivo de 2011-2012, e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, durante o período de outubro 2011 a fevereiro de 2012.

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a capacitação é desenvolvida através da aquisição e modificação de conhecimentos, atitudes e competências, dando relevo às influências interpessoais e situacionais passíveis de interferir nos hábitos alimentares da criança (Pender, 2011). Posto isto, e tendo em conta que os problemas identificados na primeira etapa, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Educar as crianças sobre os alimentos saudáveis e os alimentos não saudáveis.
- b) Sensibilizar as crianças para aumento da ingestão de peixe, azeite, hortícolas, sopa e fruta.
- c) Sensibilizar as crianças para a diminuição da ingestão de alimentos doces, margarina e refrigerantes.
- d) Capacitar as crianças e família para a escolha de hábitos alimentares saudáveis.

Como pressuposto, cada um destes objetivos foi convertido em metas ou objetivos operacionais, que são enunciados dos resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo, com mensuração a curto prazo (Tavares, 1990). Seguindo a mesma ordem dos objetivos específicos, definiram-se as seguintes **metas**:

- a) Que 50% das crianças seja capaz de identificar os alimentos saudáveis.
- b) Aumentar em 10% o consumo diário de lacticínios, peixe, hortícolas, sopa e fruta.
- c) Diminuir em 10% o consumo de alimentos doces, a adição de manteiga no pão com fiambre e/ou queijo e de bebidas açucaradas.
- d) Aumentar para 50% o consumo de lanches saudáveis.

A operacionalização dos objetivos conduziu à seleção de estratégias de atuação.

3.4 Seleção de estratégias

As estratégias constituem “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos “de forma a alcançar os objetivos fixados” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.87).

Pretende-se que as crianças sejam capazes de assumir um compromisso de ação que leve a adotar um comportamento promotor de saúde (Pender, 2011). Neste sentido, as estratégias de intervenção visam promover a resiliência e os fatores protetores das crianças em interação com ambiente que as rodeia, sendo que a escola constitui o contexto privilegiado para a aquisição dessas competências.

Em linguagem CIPE educar é definido como o ato de “ensinar”, ou seja, “transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (OE, 2011a, p.96). Assim, selecionou-se como estratégia principal a educação para a saúde que possibilita o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento promotor da saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Bulechek, et al., 2008). Pretende-se aumentar os benefícios percebidos, resultantes da adoção de hábitos alimentares saudáveis, diminuir as barreiras percebidas ou as dificuldades antecipadas na escolha desses hábitos e melhorar a autoeficácia percebida (Pender, 2011), face à capacidade das crianças e famílias para realizar o compromisso estabelecido.

Para delinear as estratégias de educação para a saúde foi imprescindível considerar as fatores pessoais e a experiência anterior da população alvo, que influenciam o comportamento de saúde (Pender, 2011). Nesta fase de desenvolvimento infantil, a via principal de aprendizagem é a visual e a psicomotora (Redman, 2003), sendo que as crianças beneficiam da manipulação e utilização dos alimentos. Os comportamentos moldam-se por meio de reforços positivos, devendo ser fomentados os hábitos saudáveis já estabelecidos. Capacitar as crianças impõe dar-lhes o conhecimento, mas também a motivação para aprender, pelo que foi fundamental otimizar as influências interpessoais e situacionais.

No diagnóstico de situação foi evidenciado que os encarregados de educação têm, efetivamente, a percepção de que a má alimentação é uma das principais causas da obesidade infantil. Este fato constitui uma mais valia para os incentivar a ser modelos de hábitos alimentares saudáveis e a estabelecer normas e rotinas sociais. A caracterização

sociodemografica da população também providenciou informação útil à seleção de estratégias, nomeadamente o rendimento familiar, que levou à utilização de alimentos economicamente mais acessíveis, e a escolaridade dos pais que impôs a utilização de uma linguagem simples.

A observação dos colegas e a interação com os pares constitui uma estratégia de aprendizagem, na medida em que alimentação é considerada uma experiência social (Poínhos, 2010). O contexto escolar deve providenciar um ambiente que permita desenvolver comportamentos promotores de saúde, pelo que esta temática foi integrada no projeto educativo da escola.

Nesta etapa, foi ainda avaliada a disponibilidade dos recursos humanos e outros necessários para as intervenções (Imperatori e Giraldes, 1993), em conjunto com a enfermeira da UCC e com as professoras, no sentido de dar continuidade às atividades preconizadas. Foi, também, estabelecida a ponte com outros recursos da comunidade, nomeadamente através do contributo da nutricionista do Centro Comunitário.

3.5 Execução de Projeto

As estratégias delineadas são concretizadas através de atividades, cujo conjunto se denomina projeto, se delimitado no tempo (Imperatori e Giraldes, 1993), como é o caso presente. Neste subcapítulo, descreve-se a preparação para a execução e a descrição de cada atividade realizada ou em concretização.

O projeto foi apelidado de “Saber Comer para Melhor Crescer”, para fomentar a responsabilidade individual e coletiva na consecução dos projetos de vida. Saber comer, implica o conhecimento de diferentes alimentos e das suas propriedades nutricionais; para melhor crescer, em termos físicos, psicológicos e sociais, uma vez que a alimentação é uma das principais determinantes da saúde.

Nesta etapa, a partir dos objetivos e estratégias eleitas, surgiram diversas atividades possíveis, ponderadas com os profissionais envolvidos, a nível académico, com a professora orientadora, e no contexto profissional, com a enfermeira da UCC e com as professoras da EB.

Todas as atividades foram replicadas nas 3 turmas, em dias diferentes e devidamente coordenadas com os tempos letivos. De seguida especifica-se cada uma, segundo os parâmetros indicados por Tavares (1990): atividade, participantes, data e local, descrição, objetivos e avaliação. O plano operacional encontra-se no apêndice X.

A. Confeção de sopa + método expositivo: A aprendizagem ocorre essencialmente em situações reais e tal como nos diz Redman (2003), a demonstração constitui um dos métodos mais adequados para adquirir habilidades. Para a concretização desta atividade foram selecionadas três receitas de sopa, referenciadas na Plataforma de Luta contra a Obesidade Infantil e, posteriormente ajustadas, em quantidades, à população. A atividade decorreu em sala de aula, tendo sido utilizados os recursos materiais da escola, tais como o bico de fogão e os utensílios de cozinha necessários. Os alimentos foram previamente preparados pela mestrande e, na 2ª sessão, também com a ajuda da nutricionista. Foi promovido o contato com vários alimentos, nomeadamente do grupo hortícolas, cereais e óleos, para que os alunos os pudessem identificar. A receita foi distribuída pela turma e escolhidos dois cozinheiros (que foram alternando), que com a ajuda dos colegas confeccionaram a sopa. A fase final da cozedura ocorreu na cozinha do refeitório, onde os alunos não podem entrar. No entanto, este tempo de espera foi utilizado para a apresentação de diapositivos (apêndice XI) através do método expositivo, onde foram abordados os princípios da alimentação saudável, os benefícios do consumo da sopa e das hortícolas e do uso do azeite em detrimento da margarina. Foram, ainda, visualizados e identificados vários alimentos do grupo hortícolas, diferentes dos cozinhados, de forma a alertar para a grande variedade de sabores e de alimentos. O almoço decorreu no refeitório, onde os alunos, as professoras e a mestrande consumiram a sopa confeccionada. Como indicadores selecionou-se a taxa de crianças participantes e o preenchimento de uma ficha de avaliação dos conteúdos lecionados.

B. Teatro “A Aventura dos Alimentos”. A dramatização é uma técnica de excelência para fomentar a motivação e a disposição para aprender, bem como para ensinar ideias e atitudes (Redman, 2003). Foi utilizado o teatro como uma estratégia de *role-playing*, em que os alunos representaram vários alimentos, com o objetivo de aumentar a perceção sobre os alimentos saudáveis e não saudáveis. A história foi adaptada do texto de Faria et al, cada criança foi identificada com um alimento da história e a representação ocorreu em sala de aula. Como indicadores selecionou-se a taxa de participação na atividade e o preenchimento de uma ficha de avaliação dos conteúdos abordados. Outro indicador de processo foi a avaliação qualitativa que os alunos fizeram da sessão.

C. Filme “A Roda dos Alimentos” + método expositivo. Este filme tem a duração aproximada de 6 minutos e a sua utilização foi devidamente autorizada pela autora (anexo VI). De uma forma colorida e divertida, aborda todos os grupos da roda dos alimentos e

aqueles que são prejudiciais à saúde. Em termos de sonorização é acompanhado por uma música do Avô Cantigas, que é do conhecimento das crianças. Após a visualização do filme, foi lembrado e debatido os conteúdos abordados. Posteriormente, procedeu-se ao método expositivo sobre a importância do pequeno-almoço e dos lanches intercalares. Os indicadores de processo escolhidos foram a taxa de participação e os resultados da ficha de avaliação dos conteúdos da sessão.

D. Dia do Lanche Saudável. Esta atividade foi uma forma de estabelecer um compromisso com o plano de ação. Cada turma escolheu um dia da semana alusivo ao dia do lanche saudável. Foi elaborada uma tabela de registo em parceria com as professoras, com respetivo nome dos alunos (apêndice XII). No dia atribuído, cada lanche é avaliado em conjunto pelos alunos e registado pela professora: a verde, se lanche saudável e a vermelho, se lanche não saudável. Foi esclarecido, previamente, o que era considerado lanche saudável, sendo que deveria ser constituído por alimentos do grupo dos cereais, dos laticínios e da fruta.

Como indicador de processo selecionou-se a taxa de participação na atividade e o indicador de impacto será a percentagem de lanches saudáveis em detrimento de não saudáveis. A tabela de registo foi afixada em sala de aula e a atividade foi incorporada pelas professoras nas atividades regulares, dando assim continuidade à mesma.

D. “Conversa à volta da travessa” e “Arco-íris no prato”. Esta atividade constou da elaboração de duas fichas cedidas pelo programa educativo “Apetece-me” (DGE, Nestlé 2011), cujo conteúdo se encontra disponível para professores e profissionais de saúde. A primeira ficha constou de um recordatório, relativo às refeições das últimas 24 horas, com posterior correspondência com o grupo de alimentos presente. Os resultados foram comentados entre colegas de carteira, de modo a perceber qual o grupo de alimentos mais ou menos representado. Seguidamente, cada aluno elaborou um menu diário de alimentação saudável (arco íris no prato) que foi apresentado e debatido em sala de aula. Como indicadores de processo selecionou-se a percentagem de participantes na atividade e de menus elaborados.

E. Livro de turma com receitas saudáveis. Como trabalho de casa e com a colaboração dos encarregados de educação, cada aluno escreveu e ilustrou uma receita saudável. O objetivo desta atividade é juntar todas as receitas e elaborar um livro de receitas saudáveis de turma, de modo a dar visibilidade ao trabalho das crianças. As professoras procederam à correção ortográfica e os alunos já reescreveram a receita, contudo, por

contingência temporal esta atividade não foi concluída, pelo que as professoras se responsabilizaram pela compilação do livro.

F. Elaboração de panfleto “Alimentação Saudável: O Peso da Família”. A elaboração deste documento (apêndice XIII) serviu de complemento à informação transmitida e foi entregue aos encarregados de educação na sessão de informação. No entanto, constituiu, também, uma estratégia para chegar aos restantes pais que não estiveram presentes.

G. Sessão de informação dirigida aos encarregados de educação. A família, pela sua função de socialização primária, é a principal influência das opções alimentares das crianças. Esta sessão decorreu em dois momentos distintos, com o intuito de abranger o maior número de participantes. Além do método expositivo, a partir de projeção de diapositivos (apêndice XV), estimulou-se, também, a participação ativa dos pais. O plano da sessão de formação encontra-se no apêndice XIV. A atividade teve lugar na biblioteca da escola e a hora foi previamente combinada com o presidente da associação de pais. Como objetivos foram definidos os seguintes: refletir sobre os hábitos alimentares das crianças, sensibilizar para a importância de hábitos alimentares saudáveis no contexto familiar e para a preparação de lanches intercalares +saudáveis. Foi, ainda, entregue um folheto alusivo à importância da família na alimentação da criança.

O indicador de presença demonstrou uma adesão à sessão de 54,4% dos encarregados de educação. No final da sessão foi distribuído um questionário de apreciação (apêndice XVI), tendo sido avaliada entre o bom (15%) e o muito bom (85%).

Aos alunos foi entregue um diploma de participação dos pais na sessão, sendo que foi esta estratégia que desencadeou a necessidade de realizar outra sessão, a pedido dos próprios alunos.

3.6 Avaliação

A avaliação determina a eficácia e a pertinência do percurso trilhado, confrontando os objetivos com as estratégias realizadas (Tavares, 1990). Se na fase de diagnóstico se compara a situação atual de saúde da população-alvo com a ideal, a avaliação descortina em que medida o projeto permitiu uma aproximação de ambas. Como última etapa do Planeamento em Saúde, alude ao aspeto cíclico da metodologia, pois apresenta, com efeito, um novo diagnóstico de situação, motivando muitos outros projetos (Tavares, 1990).

Os indicadores de processo medem a prestação de cuidados de saúde, o que permite fazer uma avaliação interna (Tavares, 1990) das intervenções. Assim, definiram-se o número de atividades realizadas, a percentagem de crianças e de encarregados de educação que participaram nas atividades, bem como os resultados das fichas de avaliação de conhecimentos. Desta forma, de 2 de janeiro a 17 de fevereiro foram efetuadas 8 atividades distintas, das quais 6 dirigidas aos alunos e, como tal, replicadas nas três turmas num total de 18 sessões. Nas atividades com as crianças verificou-se uma adesão de 100%, em relação às sessões com os encarregados de educação verificou-se uma participação de 51,7%, o que significa mais de metade da população dos encarregados de educação.

No decorrer das atividades, foram aplicadas quatro fichas de avaliação dos conteúdos abordados (apêndice XVII) e os resultados obtidos (apêndice XVIII) apontam para uma importante aquisição/solidificação dos conhecimentos, com uma média de respostas certas entre os 88,1% e os 98,3%. A atividade “Arco-íris no prato” permitiu, também, verificar que a maioria (96,7%) das crianças conseguiu elaborar menus com alimentos saudáveis. Perante estes indicadores, conclui-se que a meta a) foi amplamente atingida.

Nesta fase de avaliação, recorreu-se novamente à grelha de registo dos lanches da manhã, sendo que a utilização do mesmo instrumento e de metodologia idêntica permitiu uma comparação de dados e inferir sobre o impacto das intervenções na população. Em relação à fase de diagnóstico, foram observadas igual número de merendas (174 merendas), distribuídas pelas três turmas. A sua caracterização é apresentada no apêndice XIX.

A análise comparativa dos resultados permite apurar que o consumo da fruta aumentou em 18,2% nos lanches da manhã. No que diz respeito à adição de manteiga no pão com fiambre e/ou queijo, houve uma diminuição significativa do seu consumo em 19%, preferindo o pão só com manteiga (12,1%) ou só com fiambre/queijo (59,2%). Relativamente aos alimentos doces e às bebidas açucaradas verifica-se uma diminuição bastante significativa do seu consumo em 28,1% e 23%, respetivamente. No que concerne aos aperitivos salgados, não se constatou nenhum consumo no decorrer desta fase. Perante estes valores, podemos afirmar que a meta d) foi amplamente atingida.

Na fase de diagnóstico, verificou-se um consumo razoável de laticínios, presente em 62,6% das merendas, valores que estavam de acordo com as respostas dos encarregados de educação ao questionário Espiga. Não obstante, constatou-se que o

consumo deste grupo de alimentos passou para 89,1% nos lanches da manhã, representando um aumento (26,5%) superior aos 10% estabelecido na meta b).

A atividade do dia do lanche saudável continua a decorrer em sala de aula, o que evidencia o estabelecimento com o compromisso de ação. Os resultados obtidos são apresentados por turma, uma vez que o dia de semana definido é diferente para cada uma. Assim, a análise do registo entre o dia 1 e o dia 27 de fevereiro, permitiu verificar que a maioria dos lanches foram saudáveis, com valores entre os 57,1% e os 90% (apêndice XX), o que levou a atingir a meta c).

A formulação de indicadores de resultado, que refletem o impacto do projeto, revelou-se um desafio complexo, quer pelo tempo limitado para concretização do projeto, quer pela especificidade do grupo alvo. De fato, uma nova aplicação do questionário Espiga não foi viável, quer em tempo, quer pela própria percepção dos pais, uma vez que para a mudança de hábitos e de comportamentos é necessário um período mais longo do que o definido para implementação deste projeto (Carvalho e Carvalho, 2006). Assim, recorreu-se ao “Registo Alimentar da Semana” (anexo VII), instrumento aplicado pela ARS do Algarve e devidamente autorizado pela Dr.^a Teresa Sancho (anexo VIII).

O registo alimentar foi efetuado pelas crianças ao longo de uma semana (7 dias), o que permitiu avaliar a manutenção com o compromisso de ação. Foi preenchido por 53 crianças, do universo de 60, o que representa 88, 6% da amostra. Perante os resultados (apêndice XXI) verifica-se que a maioria (98,9%) consome o pequeno-almoço, seja em casa (70,9%) ou na escola. A totalidade das crianças merenda a meio da manhã, apenas com uma diminuição ao fim de semana (79,2%). A sopa é consumida pela maioria (90,3%) ao almoço, havendo um ligeiro decréscimo do seu consumo ao fim de semana (69,8%). Ao jantar, verifica-se uma média de 37 crianças a consumir sopa diariamente, o que representa 69,8% da amostra. O consumo de salada e de legumes não difere muito em termos de almoço e de jantar, com uma percentagem de 78,2% e de 70,9%, respetivamente. Em relação ao 2º prato, a ementa da escola permite alternar o peixe com a carne ao almoço, contudo, também ao jantar é possível analisar a preocupação dos pais em alternar estes alimentos, verificando-se um aumento do consumo diário de peixe (46,4%), com valores muito semelhantes ao consumo da carne (52%). Em relação à fruta consomem em média 2 peças por dia, que ainda fica aquém do preconizado, no entanto, é possível verificar que 16 crianças já introduzem mais do que 2 peças de fruta na sua alimentação diária. No que concerne aos alimentos doces, o seu consumo é referido

apenas por 18,6% das crianças. Verifica-se um consumo médio de 15 refrigerantes por dia, distribuído pelo total da amostra, sendo preterida a ingestão de água ao almoço (94,1%) e ao jantar (89,8 %). Os aperitivos salgados representam um consumo baixo (8,1%).

Os resultados obtidos no registo alimentar diário não são passíveis de comparar com os resultados do questionário Espiga, uma vez que traduzem metodologias de preenchimento distintas. Contudo, permitem-nos inferir que, na generalidade, passou a haver um maior consumo de alimentos saudáveis em detrimento de outros menos saudáveis.

4. CONCLUSÕES

A realização deste projeto destinado às crianças em idade escolar, permitiu verificar *in loco* os seus hábitos alimentares, uma vez que é na escola que passam a grande parte do seu dia. Em geral, contribuiu para reforçar a importância da promoção da saúde em contexto escolar, sendo que abordou uma população que é essencialmente saudável, mas que pode melhorar fatores que promovam ou protegem a sua saúde.

A intervenção com este grupo teve como objetivo influenciar hábitos e comportamentos futuros, conduzindo as crianças para a consciencialização de adotarem uma alimentação saudável ao longo das suas vidas. Fez todo o sentido a integração no projeto educativo da escola, cujo tema aglutinador é intitulado de “Aprender a Ver Caminhos de Vida” (AEMA, 2010).

Partindo do conhecimento de que a saúde física e mental depende do estado nutricional do indivíduo, a educação alimentar assumiu um importante relevo, enquanto uma componente essencial para a saúde. Neste âmbito, houve o cuidado de adotar uma abordagem global por forma a envolver as crianças, a família, os professores e a restante comunidade escolar, pois “só assim podia haver garantia da eficácia desta iniciativa, cimentando conhecimentos de uma forma eficaz e duradoura” (Alves e Almeida, 2003, p.77).

As crianças que constituem a amostra do presente trabalho vivem numa zona periférica da área urbana de Lisboa e pertencem a um grupo socioeconómico médio-baixo. Os antecedentes familiares de pré-obesidade dos progenitores, pode atuar um fator promotor da obesidade entre os descendentes, tanto devido a mecanismos genéticos, como por partilha familiar de características ambientais obesogénicas (Costa e Oliveira, 2010), o que, também, contribuiu para justificar a pertinência deste projeto.

Tal como foi abordado no enquadramento, a idade escolar é um período essencial em que as crianças são capazes de compreender as vantagens de uma infância saudável e aproveitar, corretamente, as oportunidades de aprendizagem. Tratando-se de crianças com média de idade de 9 anos, existiu sempre a preocupação de conciliar, em todo o processo, a vertente lúdica e a didática. Com vista a facilitar a aprendizagem foram utilizadas técnicas tais como a demonstração, o debate, o teatro e o *role-playing*, que tiveram um papel fundamental na integração das crianças como agentes do seu próprio processo educativo. Para além da linguagem oral, outros recursos, como os audiovisuais foram utilizados, concretizando ideias abstratas de forma duradoura e com maior eficácia.

A escola, entendida como espaço seguro e saudável, provou, mais uma vez, ser o local privilegiado para intervenções válidas de promoção da saúde (Oshaug, 1992).

A sustentabilidade das intervenções foi regida pelo fator da proximidade com os conteúdos programáticos para este nível de ensino. O tema da alimentação, embora de uma forma básica, está incluído nos programas do 1º ciclo do ensino básico. Nesta vertente verificou-se uma colaboração frutuosa com as professoras, que “são a pedra basilar na educação para a saúde (...), porque permitem que os técnicos de saúde a realizem e, mais do que permitir, estão presentes e dão continuidade, se possível, ao que foi discutido” (Ribeiro, 2004, p. 49). O dia do lanche saudável é um exemplo desta perseverança, como uma estratégia de alertar as crianças para a importância de manterem o compromisso estabelecido.

De uma forma geral, os resultados evidenciam que este projeto promoveu a adoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças, nomeadamente através de um aumento significativo da qualidade das refeições. Verificou-se uma diminuição da frequência de ingestão de alimentos doces, da adição de manteiga com o queijo e com o fiambre, bem como a diminuição do consumo de refrigerantes. As crianças aumentaram a ingestão de fruta, nomeadamente através do seu consumo nos lanches intercalares. Verificou-se, também, um aumento do consumo de sopa/produtos hortícolas e do peixe, assim como a preferência por bebidas saudáveis como a água, o leite e os iogurtes. As crianças demonstraram que desde que tenham a oportunidade de reconhecer os alimentos saudáveis e a sua composição, tendem a incluí-los na alimentação.

O local, a sala de aula, e a abordagem em grupo que esta facilita foram fatores relevantes para o sucesso deste projeto, o que reforça a importância de intervenções centradas no contexto escolar. O recurso à demonstração de determinados comportamentos foi usado como um mecanismo de influência dos pares no comportamento alimentar. De fato, segundo a Teoria Social Cognitiva, a modelagem por pares será, aliás, uma das influências mais poderosas sobre a aceitação, preferências e comportamento alimentares (Bandura, 1997), nomeadamente em relação às crianças.

O próprio comportamento das crianças no refeitório, foi evoluindo de forma positiva ao longo do projeto. O barulho diminuiu, assim como a atitude de rejeição perante alguns alimentos como a sopa, o peixe e a fruta.

Na influência interpessoal, deu-se especial relevo à família, fomentando o seu envolvimento através de trabalhos de casa e de sessões de informação sobre o tema.

Desde que os pais tenham informação suficiente, poderão transmiti-la aos filhos e estes, por sua vez, porque tendem a copiar os modelos dos pais, poderão adquirir hábitos mais saudáveis.

4.1 Limitações do Projeto

O percurso trilhado permite identificar algumas fragilidades do projeto. As mais determinantes prenderam-se com o recurso temporal e com a inexperiência na escolha dos instrumentos a utilizar.

No que concerne à duração do estágio, de 18 semanas, condicionou a plena implementação de todas as etapas da metodologia utilizada, em especial a avaliação, por inviabilizar a correta aplicação de indicadores de resultado (Carvalho e Carvalho, 2006). É certo, que os resultados obtidos permitem inferir que se verificou alterações na alimentação das crianças, contudo para a manutenção de hábitos alimentares saudáveis é exigido um período de tempo mais alargado.

Em relação ao questionário Espiga foi autopreenchido pelos encarregados de educação, o que pode ter originado falha na interpretação das questões, além da possibilidade de falta de veracidade das respostas. Não foi viável uma nova aplicação na fase de avaliação, pela condicionante temporal já mencionada. Recorreu-se, no entanto, a outro instrumento, que por ser preenchido pelas crianças, não permitiu uma comparação de dados. Como forma de diminuir este enviesamento, aplicou-se a grelha de observação dos lanches, antes e após as intervenções. Não obstante, a grande variedade de dados dificultou a inferência das relações entre eles.

Por outro lado, o projeto careceu de peritos *in loco*, que poderiam ter facilitado a sua planificação e implementação, mas que não ocorreu, uma vez o programa de saúde escolar da UCC se encontra suspenso. Contudo, pensa-se que esta realidade constitui um desafio largamente superado, contribuindo de forma marcante para o desenvolvimento de competências especializadas.

4.2 Competências desenvolvidas na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

O projeto de intervenção, como momento culminante do percurso académico, permitiu a mobilização de saberes adquiridos durante a fase curricular, mas também da prática profissional, com horizonte concreto na aquisição de competências especializadas em enfermagem comunitária. Assim, tendo por base o Guia Orientador do Aluno da ESEL

(ESEL, 2010) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011b) reflete-se sobre o caminho realizado.

Considera-se que as principais competências advêm da utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde, em particular na avaliação do estado de saúde de grupos e comunidades e na planificação do projeto, com vista à resolução dos problemas identificados, articulando esta metodologia com modelos de intervenção em enfermagem, neste caso, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A utilização da taxonomia CIPE[®] ajudou na uniformização dos cuidados de enfermagem.

A definição do foco de intervenção exigiu a problematização do fenómeno no âmbito da enfermagem comunitária, em atenção ao contexto nacional, europeu e mundial, reportando a estudos sobre os hábitos alimentares e sobre a obesidade infantil. Deste modo, foi possível reconhecer a ligação do projeto às estratégias definidas pela Plataforma de Luta contra a Obesidade Infantil e ao próprio Plano Nacional de Saúde.

Como objetivo do próprio projeto desenvolveram-se competências face ao processo de capacitação de grupos, famílias e/ou comunidades, através da promoção da resiliência e dos fatores protetores, bem como da redução de fatores de risco. Para tal, foram otimizados recursos de suporte, como a influência interpessoal da família e do grupo de pares e foi conferido relevo à influência situacional da escola, recorrendo a espaços como o refeitório e a biblioteca.

As limitações supracitadas impulsionaram o desenvolvimento de competências na coordenação e liderança do projeto, principalmente de motivação e de envolvimento da comunidade educativa. Por outro lado, facilitou a autonomia do planeamento e implementação das intervenções. Neste sentido, foi possível estabelecer contato e usufruir de outros recursos da comunidade, como a nutricionista do centro comunitário, tudo com vista à maximização da satisfação do grupo.

As reuniões promovidas entre os vários elementos (presidente da associação de pais, diretora da EB, psicóloga do agrupamento, etc..) foram essenciais no processo de mediação, fomentando a responsabilidade social para com a saúde. A relação estabelecida com a comunidade escolar, permitiu potencializar os seus recursos e garantir a continuidade do projeto.

Ajudou a desenvolver competências na área da investigação, através da colheita e tratamento de dados, assim como da interpretação dos resultados, com a apresentação dos mesmos no contexto profissional e académico.

A prática reflexiva, com especial atenção aos valores ético-sociais, dos grupos, famílias e/ou comunidades, sendo um dever de cada enfermeiro, impõe-se como uma importante ferramenta, no cuidado em contexto escolar.

Pela transmissão dos resultados espera-se ter contribuído para uma prática baseada na evidência, para reforçar que os comportamentos da saúde são adquiridos mais facilmente na infância e para dar resposta ao programa de saúde escolar da UCC, com vista à melhoria contínua do exercício profissional.

Por fim, reportando ao Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus, adotado por Benner (2001), conclui-se que a aquisição de competências é o reflexo de mudanças que permitem atingir o nível de **“iniciada avançada”**, em caminho para o **“competente”**, que exige, no entanto, uma prática profissional de dois a três anos no mesmo contexto de cuidados.

4.3 Considerações Finais

Uma alimentação adequada é essencial para o crescimento e desenvolvimento normal da criança, para que usufrua de uma boa saúde física, mental e social e para que melhore a sua qualidade e esperança de vida (Magalhães, 1996). Pelo simples fato de serem crianças podem ser reconhecidas como uma população vulnerável, com necessidades reais de promoção da saúde que visem aumentar a autoeficácia percebida. A escola deve ser reconhecida como um espaço facilitador de comportamentos mais saudáveis e encontra-se numa posição privilegiada para promover e manter a saúde da comunidade educativa. Este projeto demonstrou que sensibilizar as crianças e respetivas famílias a adotarem hábitos alimentares saudáveis, apesar de constituir um problema e de implicar um grande esforço, é compensatório, pois as crianças decidiram adotar tais hábitos.

Assumiu-se como uma oportunidade ímpar no desenvolvimento de competências na área da prevenção primária e foco na comunidade, por parte da mestranda, cujo exercício profissional se restringe à prestação de cuidados de prevenção secundária e terciária na área cirúrgica. Assim, como experiências inovadoras salienta-se a interação com o grupo no seu ambiente natural, o investimento na promoção da saúde; o reconhecimento da responsabilidade das crianças no seu processo de saúde; a abordagem ao grupo, tendo

em conta as influências interpessoais; e o aprofundar de referenciais teóricos e taxonomias especialmente, utilizadas nos cuidados de saúde primários.

A Metodologia de Planeamento em Saúde demonstrou-se um instrumento vantajoso na gestão de recursos e implementação do projeto, cuja harmonia dependeu do respeito por cada etapa. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender revelou-se útil e adequado à intervenção comunitária, complementar da metodologia utilizada, suportando, principalmente a seleção de estratégias.

Em relação ao percurso, as limitações do projeto propiciaram momentos de fortalecimento e de aprendizagem. Ser parte integrante da comunidade escolar e a aceitação da mesma, enquanto parceira, surpreendeu pela positiva.

Com este projeto procurou-se fornecer as pontes de conhecimentos para que estas crianças possam caminhar para uma vida saudável, tendo por base uma alimentação equilibrada, variada e saudável. Procurou-se, também, contribuir para uma maior visibilidade da saúde escolar, reconhecendo a comunidade escolar como parceira dos cuidados de enfermagem, cujas capacidades podem beneficiar do investimento da enfermagem comunitária.

4.3.1 Projeto “Saber Comer para Melhor Crescer”: que futuro?

Ao terminar este relatório, enquanto relato de todo o projeto de intervenção, é essencial fazer referência ao futuro do projeto “Saber Comer para Melhor Crescer”. Porque não foi meramente académica, a intervenção com a comunidade impôs o seu envolvimento em todo o processo, que hoje permite dar continuidade ao mesmo.

O tema da alimentação continua a ser abordado nas turmas do 4º ano, com a finalização dos trabalhos, contudo há o interesse de alargar o projeto, não apenas à escola mas a todo o agrupamento. Neste sentido, foram marcados *workshops* para maio/junho, com a participação da mestrandia, enquanto convidada e voluntária. A nutricionista também se mantém ligada ao projeto e a intervir com a escola.

Finda-se com a satisfação de continuar a trilhar o caminho com este projeto, com o anseio de contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável.

5. BIBLIOGRAFIA

AERTS, D. et al (2004) - Promoção de Saúde: a convergência entre as propostas de vigilância de saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol. 20, nº 4 (julho/agosto, 2004). p.1020-1028.

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS MOÍNHOS DA ARROJA (2010) – **Projeto Educativo de Agrupamento: “Aprender a Ver Caminhos de Vida”**. Acessível no AEMA, Odivelas, Portugal.

AGUIAR, Rego (2001). **Manual de Educação Alimentar**. 2ª Edição. Lisboa: Publicações Dom Quixote. ISBN 972-20-0455-7.

ALVES, E.; ALMEIDA MDV. (2003) – O impacto de um programa de educação alimentar, em crianças do 3º e 4º ano do 1º ciclo de ensino básico. **Alimentação Humana**. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. ISSN 0873-4364. Vol. 9, nº 3 (2003). p. 67-81.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (2004) – Position of the American Dietetic Association: Dietary guidance for healthy children age 2 to 11 years. **Journal American Dietetic Association**. 104.

ANDAYA A. et al (2011) – The association between family meals, TV viewing during meals, and fruit, vegetable, soda and chips intake among Latino children. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. ISSN 1499-4046. Vol. 43, nº 5 (September/October 2011). p. 308-315.

BANDURA, Albert (1997) – **Self-efficacy: the exercise of controle**. New York: WH Freeman. ISBN 9780716728504.

BAPTISTA, Maria I. M.; LIMA, Rui M. (2006) – **Educação Alimentar em Meio Escolar: referencial para uma oferta alimentar saudável**. Lisboa. Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. ISBN 972-742-243-8.

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora (Edição Comemorativa). ISBN 972-85-35-97-X.

BULECHEK, G.; BUTCHER, H.K; DOCHTERMAN, J. (2008) - **Nursing Interventions Classification (NIC), 5th edition**. [em linha]. Acedido em 20/01/2012, de The University of Iowa College of Nursing. Disponível em:

http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/%20nursing_knowledge/clinical_effectiveness/documents/LabeIDefinitionsNIC5.pdf

CANDEIAS, Ana; LAM, Ana; EVARISTO, Ana (2010) – Qualidade das Merendas nas Escolas do 1º Ciclo do Concelho de Olhão. **Nutricias**. Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas. ISSN 1645-1198. Nº10 (maio 2010). p. 12-16.

CARMO, Isabel (2006) – Obesidade Infantojuvenil. **Comportamento Alimentar**. Lisboa: Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar. ISSN 1645-9172. Vol. 3, nº 7 (janeiro/abril 2006). p. 1-5.

CARMO, Isabel et al (2008) – **Obesidade em Portugal e no Mundo**. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Depósito Legal 285811/08

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) - **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.

CASSANDRA, Opperman (2001) – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-19-3.

CDC (2010) - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Healthy Youth. **Centers for Disease Control and Prevention**. [em linha]. Acedido em 20/02/2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/obesity/>.

CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. ISBN 978 92 4 856370 6.

CORREIA, Cristina et al (2001) - Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Volume temático, nº 2 (2001). p. 75-82.

CORREIA, Maria Flora Ferreira Sampaio Carvalho. (2004). **Determinantes psico-afetivos e sócio-culturais no tratamento da obesidade**. Lisboa. Doutoramento em Ciências Biomédicas, Especialidade em Medicina Preventiva, Saúde Pública na Faculdade de Medicina.

COSTA, LP; OLIVEIRA, LR (2010) – Ambiente obesogénico em crianças dos 7 aos 9 anos de idade do Concelho da Calheta, Região Autónoma da Madeira. **Alimentação Humana**. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. ISSN 0873-4364. Vol 16; nº 3 (2010). p. 3-14.

DECRETO-LEI nº 49/2005. Lei de Bases do Sistema Educativo. **D.R I Série**. 166 (30/08/2005). p.5124-5125

DECRETO-LEI nº28/2008.**D.R I Série**. 38 (22.02.2008) 1182-1189.

DESPACHO Interno do Secretário de Estado da Educação. 27 de setembro de 2006. Disponível em:

http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/presse/Enquadramento%20legal%20e%20normativo/10%20-%20Despacho%20%2015987%20de%2027%20set_0.pdf

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA – com Acordo Ortográfico (2003-2011). Infopédia. [em linha]. Porto Editora. [Consult. 10 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa.jsp?qsFiltro=0&qsExpr=capacitar>

ESCKSTAIN, Kathryn, et al (2006) – Parent’s Perceptions of Their Childs’s Weight and Health. **Pediatrics**. Vol. 117, nº 3 (março de 2006). p. 681-690.

ESEL (2010) – **Guia Orientador**. Curso de Pós- Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Ano Letivo 2010/2011. Lisboa.

FARIA, Carmo, et al (cop 2011) – **A Aventura dos Alimentos: 6 aos 9 anos**. [em linha]. Acedido a 3/09/2011. Disponível em:

<http://iasaude.sras.gov-madeira.pt/Documentos/WEB/Anexos/6-9.pdf>

GABINETE DE APOIO PSIOLÓGICO DA ARROJA. Grupo de parceiros Moínhos da Arroja – **Projeto SEI! Odivelas** (2009). Acessível no AEMA, Lisboa, Portugal.

HEATHER, Patrick; NICKLAS Theresa A - A Review of Family and Social Determinants of Children`s Eating Patterns and Diet Quality. **Journal of the American College of Nutrition**. American College of Nutrition. ISSN 0731-5724. Vol. 24, nº 2 (abril, 2005). p. 83-92

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – **Metodologia de Planeamento em Saúde**. 3ª Edição. Lisboa : Edições de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública.

International Obesity Taskforce (data desconhecida). **Childhood Obesity, The Global Picture**. International Association for the Study of Obesity. [em linha]. Acedido em: 20/02/2012. Disponível em: <http://www.ietf.org/childhoodobesity.asp>.

KELLER, Linda; STROHSCHIEIN, Sue; BRISKE, Laurel. (2011) – Prática de Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A Roda de Intervenção. In:

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 196-223.

LOUREIRO, Isabel (1999) – A importância da educação alimentar na escola. In SARDINHA, L.B; MATOS, M.G. LOUREIRO.I - **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo**. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, 1999. ISBN 972-735-060-7. p. 54-84.

LOUREIRO, I. (2000) - **O que é a Saúde na Escola: Guião Orientador de Escolas Promotoras de Saúde**. 1ª Edição. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. ISBN 972-783-036 -6.

LOUREIRO, Isabel (2004) – A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 22; nº2. (julho/dezembro, 2004).p. 43-55.

LOURENÇO, Orlando M. (2010) – **Psicologia de Desenvolvimento Cognitivo: Teoria, dados e implicações**. 3ª Reimpressão da 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 97897240181010.

LUCAS, Betty L.; FEUCHT, Sharon A. (2010). Nutrição na Infância. In MAHAN L. Kathleen; ESCOTT-STUMP Sylvia - **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2010. ISBN 978-85-352-2984-4. p. 222-245.

MACIEL, Elizabete; MARINHO, Paula (2005). Alimentação Saudável. **Revista do Comportamento Alimentar**. Lisboa. ISSN 1645-9172. Vol. 2, nº 5 (Maio-Agosto 2005). p. 43-46.

MAGALHÃES, Beatriz M. (1996) – **Seminário: A Alimentação e a Qualidade de Vida**. Livro de Atas. Câmara Municipal de Oeiras.

MCKENZI, Naci., (2000). Childhood obesity: strategies for prevention. **Pediatric Nursing**. [em linha]. Vol. 26, nº 5 (setembro/outubro, 2000). p. 527-530. Acedido em: 20/04/2011. Disponível em: <http://www.healthyweightforkids.org/read/Obesity.pdf>

MCLAREN, Lindsay (2007) – Socioeconomic Status and Obesity. **Epidemiologic Reviews**. Oxford. ISSN 0193-936X. Vol. 29 (maio, 2007). p. 29-48.

MEIRELES, Ana Catarina (2008) – **Níveis de Prevenção em Saúde**. Portal da saúde Pública (2008). Acedido em 20/02/2012. Disponível em:

<file:///C:/Users/Ana%20Rita/Desktop/teses/N%C3%ADveis%20de%20Prev%C3%A7%C3%A3o%20-%20Conceito%20e%20Contributo%20do%20M%C3%A9dico%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica.htm>

MILLER, P. et al (2011). Children's daily fruit and vegetable intake: associations with maternal intake and child weight status. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. ISSN 1499-4046. Vol. 43, nº 5 (September/October 2011). p. 396-400.

MINDERICO, Cláudia; TEIXEIRA, Pedro (2008). Nutrição e Alimentação Saudável. In: TEIXEIRA, Pedro; BARATA, Themudo; SARDINHA, Luís. **Nutrição, Exercício e Saúde**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2008. ISBN 9789727574223. p.1-81.

NAÇÕES UNIDAS (1990) – **A Convenção sobre os Direitos da Criança**. UNICEF.

NUNES, EMÍLIA; BREDAS, João (2001) – **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN 972-9425-94-9.

OLIVEIRA, Mafalda (2006). Prevalência de Obesidade Infantil no Concelho da Ribeira Grande. **Nutricias**. Lisboa. ISSN 1645-1198. Nº 6 (maio de 2006). p. 33-35.

OLIVEIRA, Ana M. et al (2007) - Influence of the family nucleus on obesity in children from northeastern Brazil: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. [em linha]. Vol. 7 (setembro, 2007), 235. Acedido em: 20/02/2012. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2147025/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (outubro de 2007) - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. [em linha]. Acedido a 21/01/2012, de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (16 de setembro de 2009). **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (11 de setembro de 2010) – **Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (fevereiro de 2011a) – **CIPE[®] Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (22 de outubro de 2011b) - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OSHAUG, Arne (1992) – **Planning and Management of Community Nutrition Work**. Copenhagen: Word Health Organization. p. 59-64.

PADEZ, C. et al (2004). Prevelence of Overweight and Obesity in 7 - 9 year old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. **Am J.Hum Biol**, 16.p. 670-678.

PADEZ, C. et al (2005) – Prevelence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. **Acta Paediatrica**. Oslo. Vol. 94 (2005) p. 1550-1557.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D. (2001) – **O Mundo da Criança**. 8º Edição. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal. ISBN: 972-773-069-8

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ª Edição. New Jersey: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.

PERES, Emílio (1994). **Saber Comer para Melhor Viver**. Lisboa: Editorial Caminho. ISBN 972-21-0525-6.

POÍNHOS, Rui (2010) – Influência dos pares nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes. **Alimentação Humana**. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. ISSN 0873-4364.Vol 16; nº 2 (2010). p. 19-30.

PORTUGAL. Direção-Geral da Educação. NESTLÉ (2011) – **Programa Educativo Apetece-me, ano letivo 2011/2012**. [em linha]. Acedido a 3/09/2011. Disponível em: <http://www.apetece-me.pt/>

PORTUGAL. Direção-Geral da Educação. Currículo e Programas - **Promoção e Educação para a Saúde**. [em linha]. Lisboa: DGE Acedido a 7/01/2012. Disponível em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003) - **Programa Nacional de Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. [em linha]. Lisboa: DGS. Acedido a 30/05/2011. Disponível em: <http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/PNIISDEV.pdf>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2005a). **Nova Roda dos Alimentos**. [em linha]. Lisboa: DGS. Acedido a 20/05/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005b) - **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-128-4.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar (2006) – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: DGS. Acedido a 30/11/2011. Disponível em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B7200DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Plataforma contra a obesidade (2007) – **Obesidade infantil**. [em linha]. Lisboa: DGS. Acedido a 30/05/2011. Disponível em:

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165

PORTUGAL. Ministério da Educação (2004) - **Organização Curricular e Programas do Ensino Básico – 1º Ciclo**. Lisboa: Departamento de Educação Básica. 4ª edição. ISBN: 972-742-169-5.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2009) - **Documento de Suporte à Implementação da UCC**. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

RAMA, Patrícia; BREDA, João; RITO, Ana (2010) – Estatuto socioeconómico e o excesso de peso numa população escolar infantil em Portugal. **Nutricias**. Lisboa. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. ISSN 1645-1198. Nº10 (maio de 2010). p.18-20.

REDMAN, Barbara K. (2001) – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ª Edição. Loures: Lusociência (cop 2003). ISBN 972-8383-39-8.

REILLY, J.J. (2006) - Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. **Postgraduate Medical Journal**. [em linha]. Vol. 82 (janeiro, 2006).p. 429-437. Acedido em 20/02/2012. Disponível em:

<http://pmj.bmj.com/content/82/969/429.full>

REIS, Elizabeth (2008) – **Estatística Descritiva**. 7ª Edição (reimpressão) Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 9789726184768

RIBEIRO, Ilda MBR (2004) – Educação para a saúde nas escolas: o papel dos professores e dos técnicos de saúde. **Enfermagem**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Nº 35/36 – 2ª série (julho/dezembro, 2004).

RITO, Ana (2004) – **Estado Nutricional das Crianças e Oferta Alimentar do Pré-escolar do Município de Coimbra**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Doutoramento.

RITO, Ana; BREDA João. (2010) - **Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal - the National Nutritional Surveillance System – COSI PORTUGAL**.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 11th International Congress on Obesity, realizado em Stockholm (julho, 2010).

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa (2005) - **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau. ISBN 9789728485528.

SEBASTIAN, Juliann G. (2011) – Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Perspectiva Geral. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 746-771.

SHREWSBURY, Vanessa; WARDLE, Jane (2008) – Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. **Obesity** (a research journal). ISSN 1930-7381. Vol.16. (2008). p. 275-284.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-989-8075-29-1.

SOBRAL, Jeffery (2001) - Social and Cultural Influences on Obesity. In Björntorp - **International Textbook of Obesity**. British: John Wiley & Sons, Ltd. p. 305-322.

SHUSTER, George; GEOPPINGER, Jean (2011) – A comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência (2011). ISBN 978-989-8075-29-1.p. 356-389.

TAVARES, António (1990). **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

THIBAUT, H. et al (2010) - Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. **Nutrition**, nº 26 (2) (fevereiro, 2010). p. 192-200.

TONES, Keith; TILFORD, Sylvia (2001) – **Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity**. 3ª Edição. London: Nelson Thornes LTD. ISBN 0 748745270.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE SAÚDE A SEU LADO (2010) – **Plano de Ação**. Acessível na UCC, Caneças, Portugal.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro; GUIMARÃES, Mª Júlia (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura **Psicologia, Saúde e Doenças**. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 9, nº 2 (2008). p. 209-231.

VIANA, Victor; SINDE, Susana; SAXTON, Jennifer (2008) – The Children’s Eating Behavior Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese Children. **British Journal of Nutrition**. Nº 100 (2008) p. 445- 450.

VIANA, Victor; SINDE, Susana; SAXTON, Jennifer (2011) – Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica: Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ). **Coleções FCNAUP**. Porto. p. 145-157.

WANSINK, Brian (2006) - Nutritional Gatekeepers and the 72% Solution. **Journal American Dietetic Association**. EUA. Vol. 106 (setembro, 2006). p.1324-1326.

WANSINK, Brian (2011) – Prefácio in **Journal of Nutrition Education and Behavior**. ISSN 1499-4046. Vol. 43, nº 5 (September/October 2011). p.307.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) - **Health Promotion Glossory**. Geneva. Acedido em 20/07/2011. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPEAN OFFICE (2006). **Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents**. WHO/HBSC FORUM 2006. Acedido em 20/02/2012. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Promotion: Global Conferences on Health Promotion**. [em linha]. Acedido a: 17/05/2011. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) – **The European Health Report 2009: Health and health systems**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 1415 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Acedido a 02/03/2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a) - **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 156422 9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b) - **Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011**. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 150228 3.

ANEXOS

Anexo I – Representação gráfica da Nova Roda dos Alimentos



A Inova

RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!

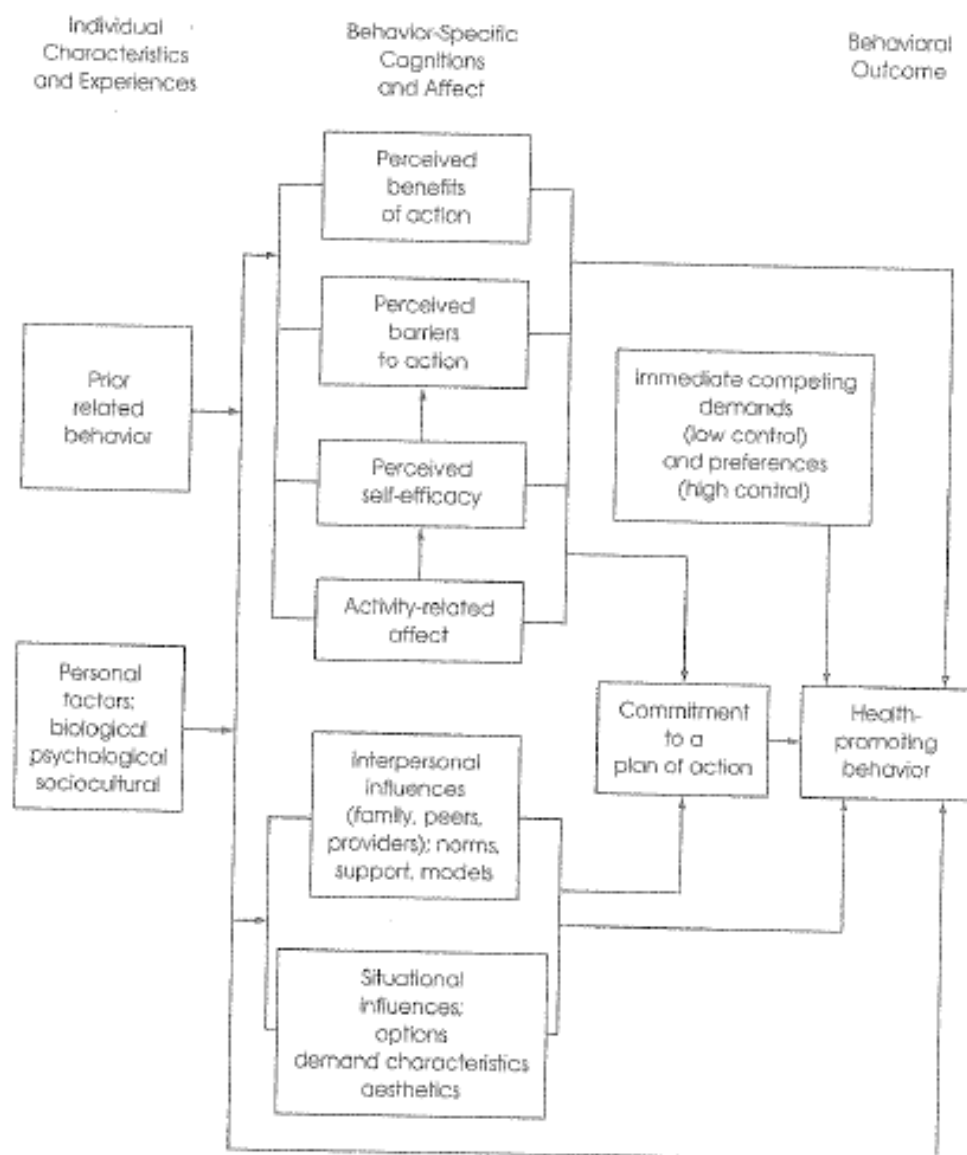


COMA BEM, VIVA MELHOR!

FONTE: FCNAUP (Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto); Instituto do Consumidor; Programa Operacional Saúde XXI. Obtido no endereço da Direção-Geral da Saúde:

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA>

Anexo II – Esquema do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



FONTE: PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ª Edição. New Jersey: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.

Anexo III – Autorização para aplicação do Questionário Espiga



Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Rua Joaquim António de Aguiar, n.º 5

7000-000 Évora

Tel. 266 737 500

Assunto: Concessão de autorização para utilização do questionário ESPIGA

Évora, 12 de Julho de 2011

Exma. Sra. Enfermeira Ana Rita Araújo

Face ao v/ pedido efectuado a 11 de Julho, venho por este meio conceder autorização para utilizar o questionário ESPIGA. Mais informamos que o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar (itens 46 a 80) fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ) devendo-se contactar o seu autor para efeitos de autorização de utilização. O mesmo procedimento se aplica às imagens no final do questionário (questão 108). Em anexo enviamos dois artigos que poderão ser úteis nestes contactos.

Desde já desejo os maiores votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da
Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Anexo IV – Questionário Espiga

ID

--	--	--	--	--	--	--



Caros Encarregados de Educação:

Este questionário foi cedido pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade, tendo sido autorizada a sua utilização no âmbito do Projecto de Promoção de Alimentação Saudável em Idade Escolar, integrado no estágio académico do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer no Agrupamento de Centros de Saúde de Odivelas. Tem como principal objectivo conhecer os hábitos alimentares das crianças que frequentam o 4º ano da escola EB1 nº7, no ano lectivo de 2011-2012.

A informação que fornecer será utilizada para desenvolver intervenções de promoção de saúde para as crianças e suas famílias. A sua opinião é muito importante! Não existem respostas certas ou erradas. As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se somente a tratamento estatístico. Para qualquer informação adicional poderá contactar: Enfermeira Ana Rita (responsável pelo projecto) pelo email: anitaf.araujo@gmail.com ou pelo telefone: 965762905.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Questionário

Antecedentes Pessoais:

Dados referentes à criança

1. Peso ao nascer: , Kg 2. Comprimento ao nascer: cm

3. Duração da gravidez (em semanas):

- ☐ <28 ☐ 31 ☐ 35 ☐ 39
☐ 28 ☐ 32 ☐ 36 ☐ 40
☐ 29 ☐ 33 ☐ 37 ☐ 41
☐ 30 ☐ 34 ☐ 38 ☐ >41

4. A sua criança foi amamentada ao peito?

☐ Sim (continue para a pergunta seguinte) ☐ Não (continue para a **pergunta 8**)

5. Até que idade a sua criança foi alimentada **só com leite materno**? meses

6. A sua criança bebeu "leite das latas"?

☐ Sim (continue para a pergunta seguinte) ☐ Não (continue para a **pergunta 8**)

7. Iniciou biberão de "leite de latas" com que idade? meses

8. Introduziu outros alimentos (para além do leite) com que idade? meses

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



9. A primeira comida de colher foi: ☐ Papa ☐ Sopa de Legumes ☐ Açorda

☐ Outra Especifique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Actualmente, a criança apresenta algum problema de saúde?

☐ Não

☐ Sim Qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Actualmente, a criança toma alguma medicação de forma regular?

☐ Não

☐ Sim Qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antecedentes Familiares

Registe os dados referentes aos **pais** da criança:

	Pai	Mãe
12.. Peso	<div><div></div><div></div><div></div></div> , <div></div> Kg	<div><div></div><div></div><div></div></div> , <div></div> Kg
13.. Estatura actual (Altura)	<div></div> , <div><div></div><div></div></div> m	<div></div> , <div><div></div><div></div></div> m
14.. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
15.. Hipertensão Arterial (Tensão Alta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
16.. Hipercolesterolémia (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe

Frequência Alimentar

Registe com que frequência a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
17. Leite Magro ou meio gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Leite gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leite aromatizado (ex: achocolatado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bebidas de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteos (pudins, queijinho <i>petit-suisse</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--



Registe com que frequência a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
23. Gelados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Queijo gordo (Serpa, Nisa, Serra, amanteigado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Manteiga/margarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Azeite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Pão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pão escuro (com sementes, de mistura, integral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Cereais de pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sopa de legumes/hortaliça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sumo de fruta 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Refrigerantes / Chás açucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Refrigerantes <i>diet</i> ou <i>light</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Rebuçados, gomas ou chocolates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Biscoitos/bolachas doces, bolos, <i>donuts</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. <i>Fast-food</i> (pizza, batata frita em casa, hambúrgueres, salsichas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--



Comportamento Alimentar

Registe com que frequência a sua criança revela este tipo de atitudes/comportamentos:
(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
46. O meu filho(a) adora comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. O meu filho(a) come mais quando anda procupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. O meu filho(a) tem um grande apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. O meu filho(a) interessa-se por comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. O meu filho(a) anda sempre a pedir bebidas (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. O meu filho(a) come vagorosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. O meu filho(a) está sempre a pedir comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Se o deixassem, o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Se tivesse oportunidade, o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. O meu filho(a) adora comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--



Comportamento Alimentar

Registe com que frequência a sua criança revela este tipo de atitudes/comportamentos:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
68. O meu filho(a) come mais quando está feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido qualquer coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que não tenha provado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Se tivesse a oportunidade, o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepção dos Encarregados de Educação

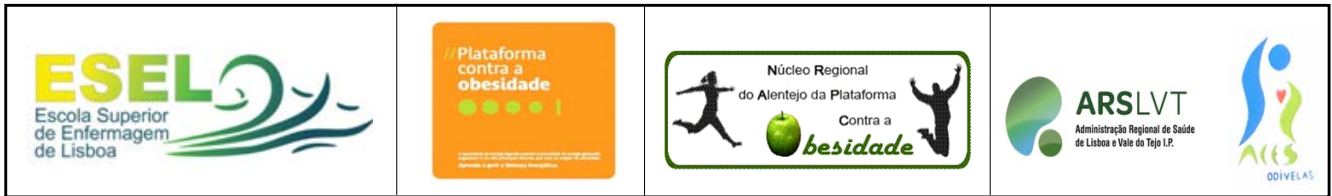
Registe se a sua criança revela ou refere:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
81. Instabilidade emocional (choro, birras, agressividade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Insatisfação com o seu corpo (aspecto físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Ansiedade (Nervosismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Depressão (tristeza, apatia, desinteresse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Défice de atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Dificuldade de relacionamento (tem poucos amigos, relaciona-se com outras crianças com dificuldade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Queixas de discriminação pelo aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ID

--	--	--	--	--	--	--



88. Para si, quais são as causas da obesidade infantil? (pode assinalar mais do que 1 resposta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Factores genéticos | <input type="checkbox"/> Má alimentação |
| <input type="checkbox"/> Mau funcionamento do organismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Baixa auto-estima | <input type="checkbox"/> Anúncios publicitários |
| <input type="checkbox"/> Baixo rendimento económico do agregado familiar | <input type="checkbox"/> Outras |

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



Características gerais da Família:

Dados referentes aos adultos que vivem com a criança: Pai e Mãe, ou quem os substitua:

101. Para além da criança, quantas pessoas fazem parte do agregado familiar?

Adultos:

--	--

 Crianças até aos 18 anos:

--	--

102. Nível de instrução:

(assinale a opção referente ao último grau terminado)

Pai (ou tutor)

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Não completou a 4ª Classe
- ☐ 1º Ciclo (4º Classe)
- ☐ 2º Ciclo (6º ano)
- ☐ 3º Ciclo (9º Ano)
- ☐ Secundário (12º Ano)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado/Doutoramento

Mãe (ou tutora)

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Não completou a 4ª Classe
- ☐ 1º Ciclo (4º Classe)
- ☐ 2º Ciclo (6º ano)
- ☐ 3º Ciclo (9º Ano)
- ☐ Secundário (12º Ano)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado/Doutoramento

103. Situação profissional:

Pai (ou tutor)

- ☐ Empregado por conta de outrem
- ☐ Empregado por conta própria
- ☐ Estudante
- ☐ Doméstico
- ☐ Desempregado, capaz de trabalhar
- ☐ Desempregado, incapaz de trabalhar
- ☐ Aposentado

Mãe (ou tutora)

- ☐ Empregada por conta de outrem
- ☐ Empregada por conta própria
- ☐ Estudante
- ☐ Doméstica
- ☐ Desempregada, capaz de trabalhar
- ☐ Desempregada, incapaz de trabalhar
- ☐ Aposentada

104. Qual o rendimento médio mensal do seu agregado familiar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Até 500€/mês | <input type="checkbox"/> De 1501 a 2750€/mês |
| <input type="checkbox"/> De 501 a 850€/mês | <input type="checkbox"/> De 2751 a 3750€/mês |
| <input type="checkbox"/> De 851 a 1500€/mês | <input type="checkbox"/> Mais de 3750€/mês |

105. Qual o tipo de casa que habitam actualmente?

- ☐ Moradia ☐ Apartamento

- ☐ Moradia geminada ☐ Outro (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



106. A sua casa é:

☐ Própria (em aquisição)

☐ Alugada

☐ Própria (já paga)

☐ Cedida

☐ Outro (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

107. Quem preencheu este questionário: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Avó/Avô ☐ Outro Quem?

--	--	--	--	--	--	--	--

Gostaria de deixar algum comentário?

--

Mais uma vez, obrigado pela sua colaboração

Anexo V – Autorização para aplicação do Questionário CEBQ



Ana Rita Araújo <anitif.araujo@gmail.com>

Questionário CEBQ

2 mensagens

Ana Rita Araújo <anitif.araujo@gmail.com>

15 de Julho de 2011 12:50

Para victorviana@fcna.up.pt

Boa tarde, Professor Dr Victor Viana.

Sou enfermeira Ana Rita Araújo e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da ESEL. O meu projecto de intervenção comunitária é no âmbito da promoção de uma alimentação saudável em meio escolar.

Já obtive a autorização do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma contra a Obesidade para poder utilizar o questionário do projecto ESPIGA. Contudo, gostaria também de abordar o comportamento alimentar e depois da leitura de vários artigos do Professor Dr. Victor Viana, considero que seria pertinente a utilização do do questionário CEBQ.

Assim venho por este meio solicitar o acesso ao questionário Child Eating Behaviour Questionaire, na versão portuguesa, e a respectiva autorização para o poder utilizar no meu projecto de intervenção.

Agradeço o tempo disponibilizado, atenciosamente

Ana Rita Araújo

Victor M C Viana <victorviana@fcna.up.pt>

15 de Julho de 2011 14:26

Para Ana Rita Araújo <anitif.araujo@gmail.com>

Cara Sra. Enfa Ana Rita Araújo

Envio o CEBQ e alguns artigos, com certeza que autorizo a sua utilização no contexto que refere.

Bom trabalho.

Victor Viana Ph.D.
Professor Associado

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
Rua Dr. Roberto Frias, 4200-465
Porto PORTUGAL

Quoting Ana Rita Araújo <anitif.araujo@gmail.com>:

Boa tarde, Professor Dr Victor Viana.

Sou enfermeira Ana Rita Araújo e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da ESEL. O meu projecto de intervenção comunitária é no âmbito da promoção de uma alimentação saudável em meio escolar.

Já obtive a autorização do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma contra a Obesidade para poder utilizar o questionário do projecto ESPIGA. Contudo,

gostaria também de abordar o comportamento alimentar e depois da leitura de vários artigos do Professor Dr. Victor Viana, considero que seria pertinente a utilização do do questionário CEBQ.

Assim venho por este meio solicitar o acesso ao questionário Child Eating Behaviour Questionnaire, na versão portuguesa, e a respectiva autorização para o poder utilizar no meu projecto de intervenção.

Agradeço o tempo disponibilizado, atenciosamente

Ana Rita Araújo

4 anexos



BJN Child eating bahaviour questionnaire Associations with BMI.pdf
134K



CEBQ.pdf
64K



CEBQ Apresentação.pdf
306K



O comportamento alimentar em crianças Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa CEBQ.pdf
53K

Anexo VI – Autorização para utilização do filme “A Roda dos Alimentos”



Ana Rita Araújo <anitaf.araujo@gmail.com>

boa tarde

1 mensagem

Andreia catarino <andreiagandarinho@hotmail.com>

16 de Janeiro de 2012 20:48

Para anitaf.araujo@gmail.com

Boa tarde Ana.

Eu Andreia Gandarinho , autorizo que Ana Araujo retire o meu video para o seu projecto de intervencao comunitaria "promocao de alimentacao saudavel em idade escolar".

O video chama-se "roda dos alimentos curso efa".

Espero que esteja bem assim Ana.

boa sorte para o seu trabalho.

cumprimentos Andreia

Anexo VII – Registo Alimentar da Semana

Faz aqui o teu Registo Alimentar da Semana

Pinta diariamente, em cada rectângulo,
a(s) bolinha(s) correspondente(s) ao que
comes e bebes.



	NOME						DATA	
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	SÁB.	DOM.	
Tomei o pequeno-almoço ● em casa ●								
Merendei a meio da manhã ●								
Comi sopa de legumes ao almoço ●								
Comi peixe ● / carne ● no 2.º prato do almoço								
Comi salada/legumes no 2º prato do almoço ●								
Bebi água ao almoço ●								
Lanchei a meio da tarde ●								
Comi sopa de legumes ao jantar ●								
Comi peixe ● / carne ● no 2.º prato do jantar								
Comi salada/legumes no 2º prato do jantar ●								
Bebi água ao jantar ●								
Comi antes de dormir ●								
Comi 1 ●, 2 ●●, 3 ●●● ou 4 ●●●● peças de fruta								
Comi bolo ●, gelado ●, doces ● ou guloseimas ●								
Bebi 1 ●, 2 ●● ou mais ●●● copos de refrigerante/sumo								
Comi batatas fritas ●, tiras de milho ● ou outros salgados ●								
Comi piza ●, hambúrguer ● ou outro tipo de fast-food ●								

Nota: Os materiais necessários para esta actividade são marcadores de cor verde ●, azul ●, rosa ● e vermelho ●

Anexo VIII – Autorização para aplicação do Registo Alimentar da Semana



Ana Rita Araújo <anitaf.araujo@gmail.com>

FW: Projecto Alimentação Saudável

2 mensagens

Nutrição ARS Algarve <nutricao@arsalgarve.min-saude.pt>
Para "anitaf.araujo@gmail.com" <anitaf.araujo@gmail.com>

12 de Janeiro de 2012 16:21

Cara Enf.^a Ana Rita Araújo

Felicitó-a pela utilização dos materiais de apoio a intervenções breves em alimentação saudável e desejo-lhe o maior sucesso no seu trabalho. Gostaria, se não vir inconveniente, de conhecer os resultados do seu projeto de intervenção.

Ao dispor, atentamente,
Teresa Sofia Sancho

Gabinete de Nutrição - Departamento de Saúde Pública
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
Rua Brites de Almeida, 6, 2.ªEsq., 8000-234 Faro - PORTUGAL
Tel.: 00351 289 88 95 14/ Fax: 00351 289 82 10 91
nutricao@arsalgarve.min-saude.pt
www.arsalgarve.min-saude.pt

"Contrarie" as calorias do Natal com mais exercício físico!

De: Susana Estácio
Enviado: quinta-feira, 12 de Janeiro de 2012 14:59
Para: ARS Algarve, IP
Cc: Nutrição ARS Algarve
Assunto: Projecto Alimentação Saudável

Em resposta à solicitação da Sra Enf. não vejo quaisquer impedimentos na utilização dos materiais, desde que seja respeitada a autoria dos mesmos.

Cts
João Camacho
DSRA

De: Susana Estácio
Enviado: quinta-feira, 12 de Janeiro de 2012 9:01
Para: João Camacho
Assunto: Projecto Alimentação Saudável

De: ARS Algarve, IP
Enviado: quarta-feira, 11 de Janeiro de 2012 18:03
Para: Susana Estácio
Assunto: FW: Projecto Alimentação Saudável

De: Ana Rita Araújo [anitaf.araujo@gmail.com]
Enviado: quarta-feira, 11 de Janeiro de 2012 17:43
Para: ARS Algarve, IP

Assunto: Projecto Alimentação Saudável

Ao Cuidado de Drª Teresa Sofia Sancho

Boa tarde!

Sou enfermeira Ana Rita Araújo e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. No âmbito do estágio académico estou a realizar um projecto de intervenção comunitária sobre a Promoção de Alimentação Saudável em Idade Escolar.

Gostaria de solicitar a vossa autorização para utilizar os materiais de apoio do programa de combate à obesidade infantil na Região do Algarve, nomeadamente o Registo Alimentar Semanal.

Devido à contingência temporal, agradeço brevidade na resposta.

Desde já agradeço a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos, Enfermeira Ana Rita

Contacto: 965762905

Nutrição ARS Algarve <nutricao@arsalgarve.min-saude.pt>
Para "anitif.araujo@gmail.com" <anitif.araujo@gmail.com>

16 de Janeiro de 2012 12:55

Exm.ª Senhora,

Reencaminho os email's abaixo para efeitos do que pretende em termos de autorização.

Atentamente,

Teresa Sofia Sancho

Gabinete de Nutrição - Departamento de Saúde Pública

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

Rua Brites de Almeida, 6, 2.ªEsq., 8000-234 Faro - PORTUGAL

Tel.: 00351 289 88 95 14/ Fax: 00351 289 82 10 91

nutricao@arsalgarve.min-saude.pt

www.arsalgarve.min-saude.pt

"Contrarie" as calorias do Natal com mais exercício físico!

De: João Camacho

Enviado: segunda-feira, 16 de Janeiro de 2012 10:30

Para: Nutrição ARS Algarve

Cc: Departamento de Saúde Pública ARS Algarve

Assunto: FW: Projecto Alimentação Saudável

Dra Teresa

Se assim o entender peço-lhe o favor de entrar em contacto com a Sra Enf. cedendo-lhe o material nos termos do meu parecer.

Obrigado

JCamacho

De: Susana Estácio

Enviado: sexta-feira, 13 de Janeiro de 2012 12:02

Para: João Camacho

Assunto: Projecto Alimentação Saudável

Dr. Camacho, de acordo com a informação da Drª Ana Costa, transmitida pela Elisabete, este assunto é para ser tratado pelo Dr. com a Enfª que solicita os docs.

Susana

De: Susana Estácio

Enviado: quinta-feira, 12 de Janeiro de 2012 14:59

Para: ARS Algarve, IP

Cc: Nutrição ARS Algarve

Assunto: Projecto Alimentação Saudável

Em resposta à solicitação da Sra Enf. não vejo quaisquer impedimentos na utilização dos materiais, desde que seja respeitada a autoria dos mesmos.

Cts

João Camacho

DSRA

De: Susana Estácio

Enviado: quinta-feira, 12 de Janeiro de 2012 9:01

Para: João Camacho

Assunto: Projecto Alimentação Saudável

De: ARS Algarve, IP

Enviado: quarta-feira, 11 de Janeiro de 2012 18:03

Para: Susana Estácio

Assunto: FW: Projecto Alimentação Saudável

De: Ana Rita Araújo [anitaf.araujo@gmail.com]

Enviado: quarta-feira, 11 de Janeiro de 2012 17:43

Para: ARS Algarve, IP

Assunto: Projecto Alimentação Saudável

Ao Cuidado de [Drª Teresa Sofia Sancho](#)

Boa tarde!

Sou enfermeira Ana Rita Araújo e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. No âmbito do estágio académico estou a realizar um projecto de intervenção comunitária sobre a Promoção de Alimentação Saudável em Idade Escolar.

Gostaria de solicitar a vossa autorização para utilizar os materiais de apoio do programa de combate à obesidade infantil na Região do Algarve, nomeadamente o Registo Alimentar Semanal.

Devido à contingência temporal, agradeço brevidade na resposta.

Desde já agradeço a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos, Enfermeira Ana Rita

Contacto: 965762905

APÊNDICES

Apêndice I – Cronogramas de projeto (previsto e reformulado)

Cronograma Previsto

[illegible]

Cronograma Reformulado

[illegible]

Apêndice II – Exposição de trabalhos “Dia Mundial da Alimentação”



Apêndice III – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a “Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial”
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983)

Designação do projeto:

“ Saber comer, para melhor crescer”

Objetivo: Capacitar as crianças e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis

Responsável do projeto: Enf.^a Ana Rita Araújo (contacto telefónico)

Eu, _____, abaixo assinado,
encarregado de educação do aluno (a)

_____, compreendi a
explicação que me foi fornecida acerca do projeto, tendo-me sido dada a oportunidade de
fazer as perguntas que julguei necessárias. Por isso, autorizo/ não autorizo (riscar o que
não se aplica) o meu filho (a) a participar nas atividades daí decorrentes.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de
Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os
métodos e os os benefícios previstos.

Odivelas, _____ de _____ de 2011

Assinatura _____

Assinatura da responsável do projeto _____
(Ana Rita Figueira de Araújo)

Apêndice IV - Tabela de caracterização das crianças: variáveis idade, género, rendimento social e nacionalidade

Crianças (N=60)				Crianças (N=60)		
	N	%			N	%
Idade				Nacionalidade		
9	44	73,3%		Portuguesa	53	88,3%
10	13	21,7%		Brasileira	2	3,3%
11	3	5%		Guineense	2	3,3%
Sexo				Angolana	1	1,7%
Feminino	31	51,7%		Cabo Verdeana	2	3,3%
Masculino	29	48,3%				
Ação Social Escolar				Etnia Cigana	2	3,8%
Escalão A ¹	25	41,7		(N= 53)		
Escalão B ²	16	26,7				
Outros	19	31,7				

¹ Escalão A – comparticipação a 100% alimentação (DR, 2ª série, nº 179,14 de Setembro de 2010, p.47098)

² Escalão B – comparticipação a 50% alimentação (DR, 2ª série, nº 179,14 de Setembro de 2010, p.47098)

Apêndice V – Tabela de caracterização da família: variáveis socioeconómicas

Caracterização Familiar	Média	Fr %
Nível de Instrução	Não completou a 4ª classe	5,8%
	1 º Ciclo (4º classe)	13,5%
	2º Ciclo (6º ano)	18,3%
	3º Ciclo (9º ano)	30,8%
	Secundário (12º ano)	26%
	Bacharelato/Licenciatura	4,8%
Situação Profissional	Empregado por conta de outrem	61,4% (Mãe 63,5%; Pai 59,2%)
	Desempregado, capaz de trabalhar	21,8%
Rendimento Médio Mensal	501 a 850	32,7%
	851 a 1500	32,7%
Tipo de Habitação	Apartamento	84,6%

Apêndice VI - Resultados do Questionário Espiga (gráficos)

Gráfico 1

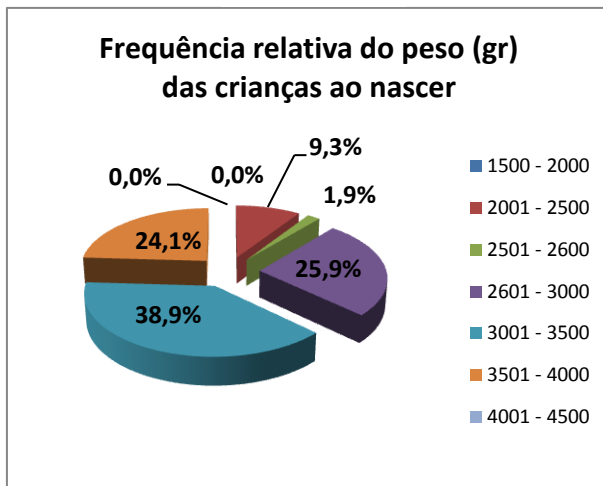


Gráfico 2

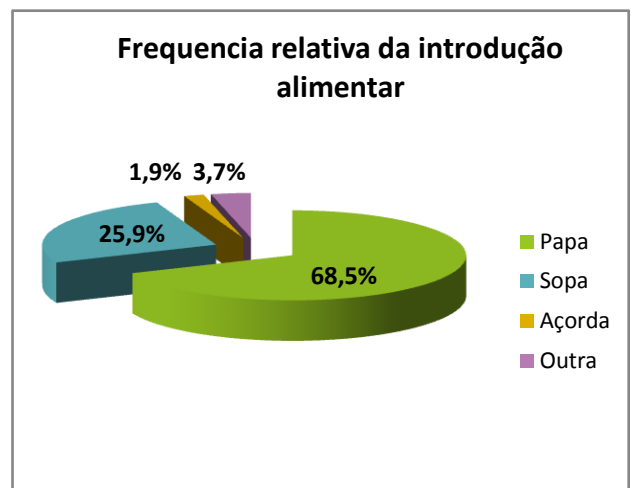


Gráfico 3

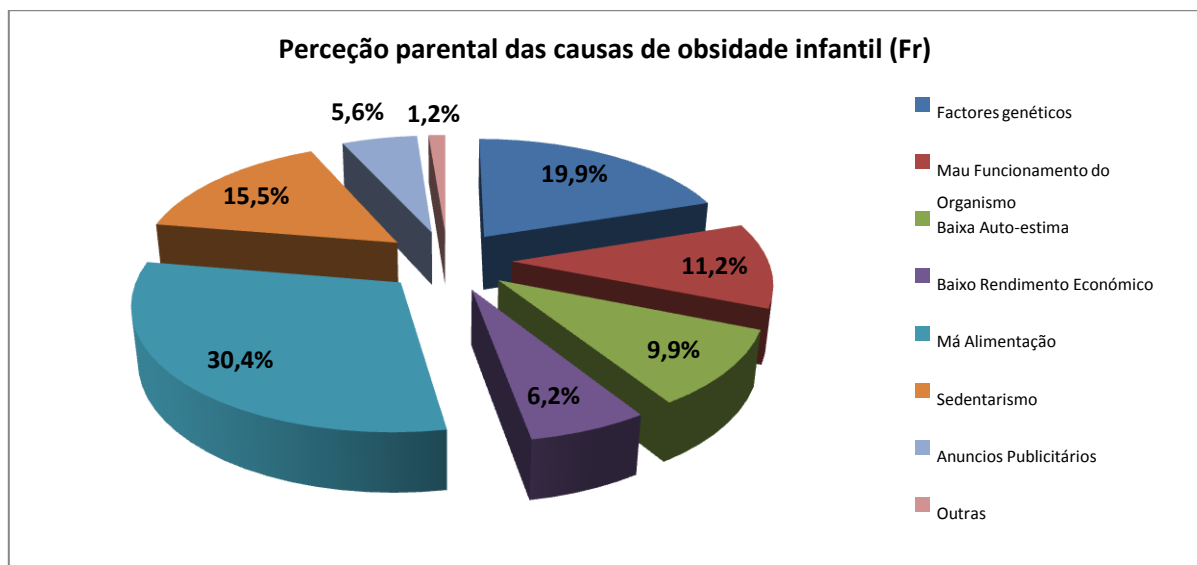


Gráfico 4

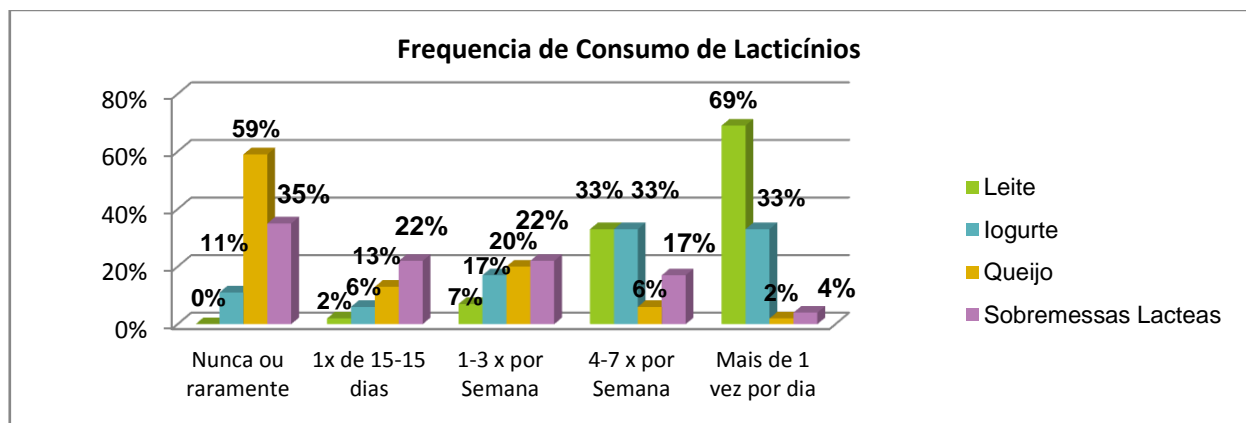


Gráfico 5

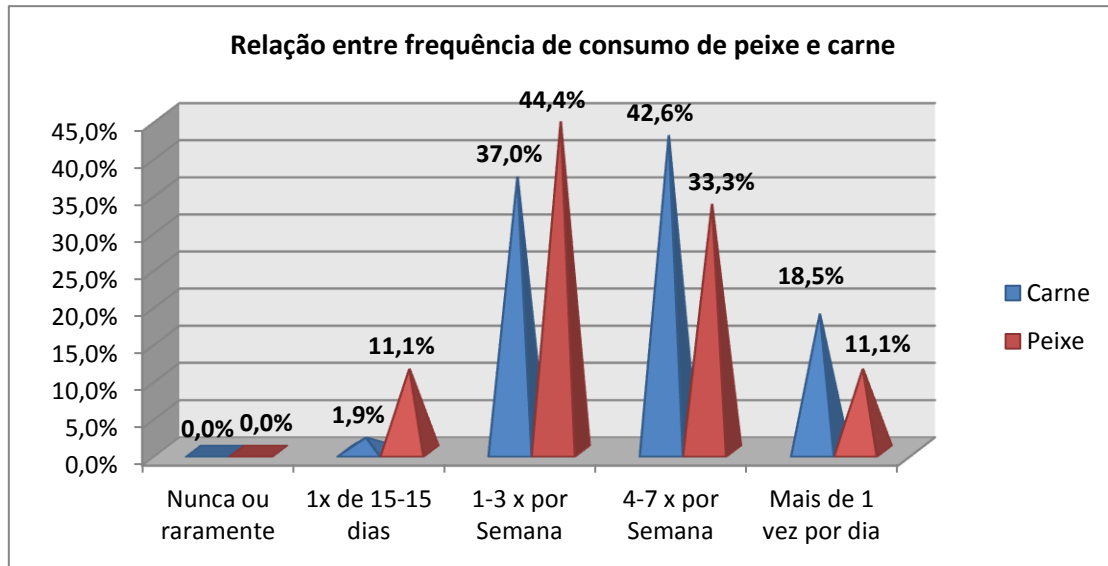


Gráfico 6

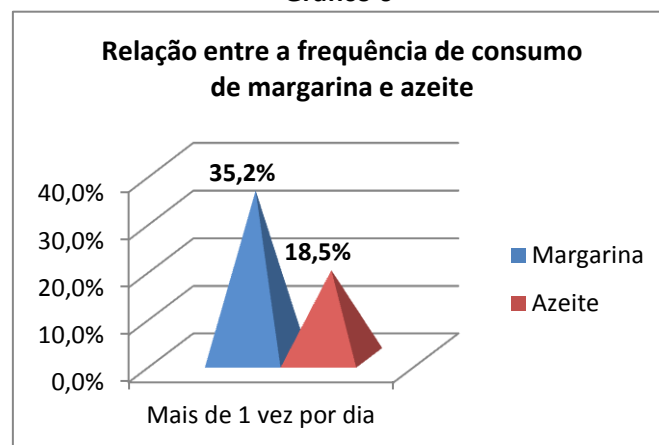


Gráfico 7

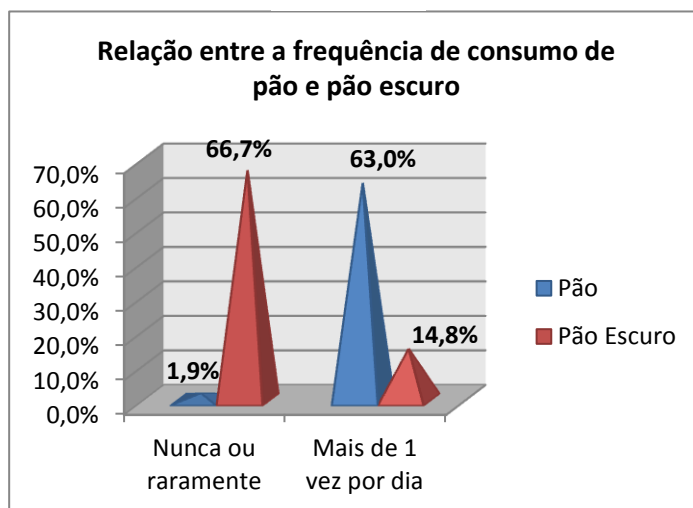


Gráfico 8

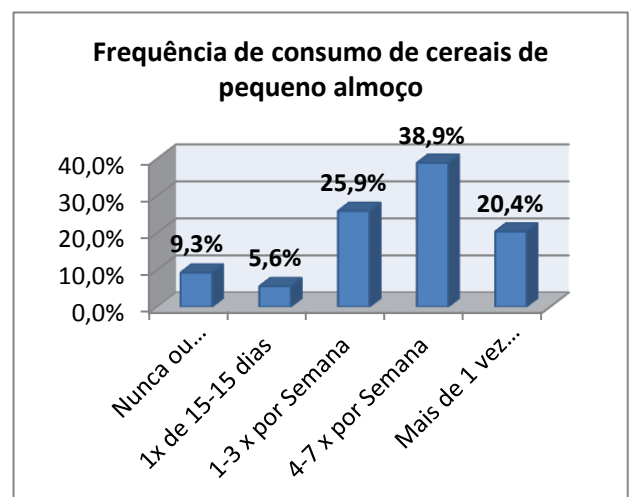


Gráfico 9

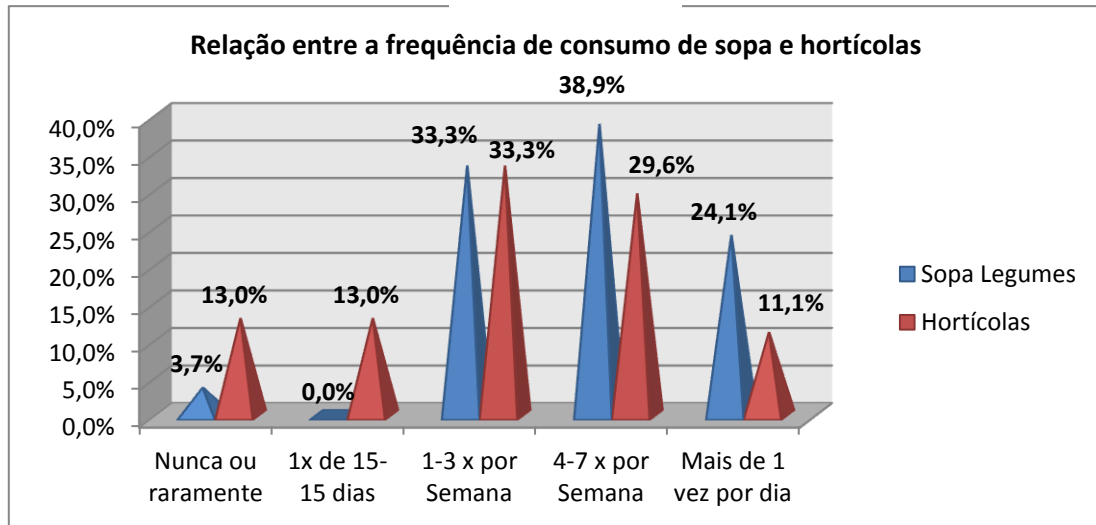


Gráfico 10

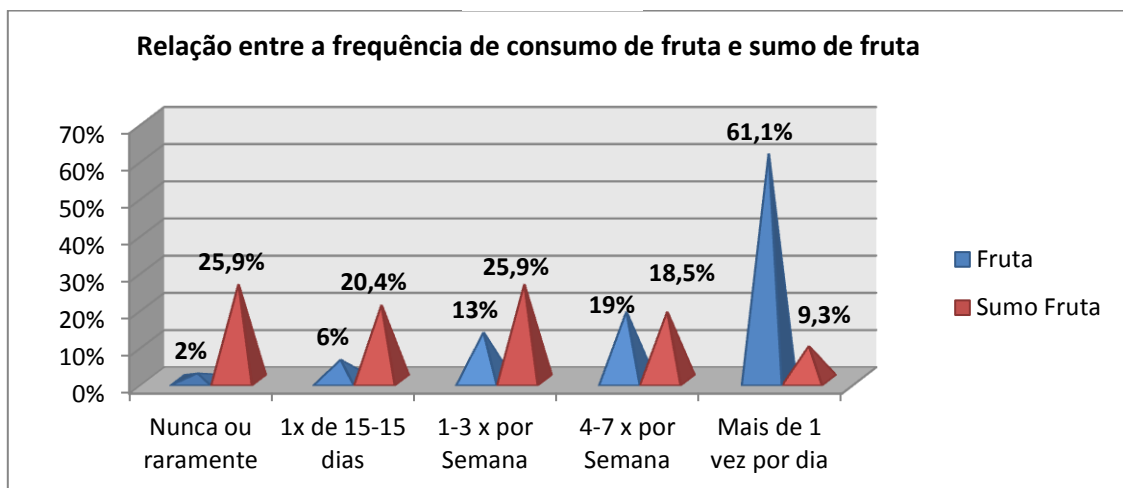
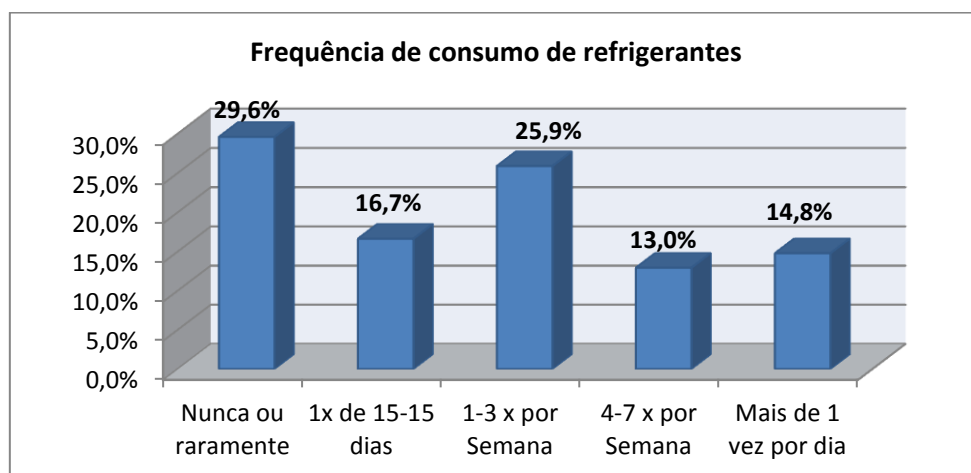


Gráfico 11



Apêndice VII – Grelha de registo de observação de lanches

[illegible]

Apêndice VIII – Caracterização das merendas do lanche da manhã (Diagnóstico)

Merendas Observadas N = 174		
	N	%
Pão só manteiga	16	9,2%
Pão só fiambre/queijo	16	9,2%
Pão manteiga + fiambre/queijo	51	29,3%
Alimentos doces (bolachas c/s chocolate; pão chocolate; bolos c/s creme)	66	37,9%
Leite simples	29	16,7%
Leite achocolatado	54	31,0%
Iogurte	26	14,9%
Bebidas açucaradas (sumos, refrigerantes)	49	28,2%
Aperitivos salgados (batatas fritas)	8	4,6%
Fruta	5	2,9%

Apêndice IX – Grelha de análise: Priorização

<div>Critérios</div> <div>Problemas</div>		Importância do problema	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica de intervir	Exequibilidade e do projeto	Total
Ingestão diminuída	laticínios	+	+	+	+	1º
	peixe	+	+	+	+	1º
	azeite	+	+	+	+	1º
	pão escuro	+	+	-	-	4º
	hortícolas	+	+	+	+	1º
	sopa	+	+	+	+	1º
	fruta	+	+	+	+	1º
	sumo de fruta 100%	+	+	+	+	1º
Ingestão elevada	refrigerantes	+	+	+	+	1º
	alimentos doces	+	+	+	+	1º
	aperitivos salgados	-	+	-	-	12º
	pão	-	-	-	-	16º
	margarina	+	+	+	+	1º

Apêndice X – Plano operacional

ATIVIDADES	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<p>Confeção de uma sopa de legumes</p> <p>- Contacto e identificação de vários alimentos</p> <p>- Método expositivo sobre nutrientes e a roda dos alimentos</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crianças - Enfª Mestranda - Enfª UCC - Professoras - Nutricionista - Cozinheira <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingredientes - Utensílios de cozinha - Computador - Projetor 	Dias 4, 5 e 6 de Janeiro de 2012	Escola Básica: sala de aula e refeitório	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de vários alimentos do grupo hortícolas, óleos e gorduras e cereais e derivados. • Confeção da sopa em sala de aula. • Apresentação de diapositivos através do método expositivo • Comer a sopa no refeitório, juntamente com as crianças 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar as crianças para a importância do consumo da sopa; - Educar as crianças para os benefícios do consumo de hortícolas e do azeite. - Alertar as crianças para a grande variedade de alimentos. - Informar as crianças sobre os nutrientes que constituem os alimentos e sobre a constituição da roda dos alimentos. - Sensibilizar as crianças para a importância da alimentação completa, equilibrada e variada 	<p>$\frac{\text{Nº crianças participantes}}{\text{Nº total de crianças}} \times 100$</p> <p>Elaboração de uma ficha de avaliação sobre os conteúdos lecionados</p>

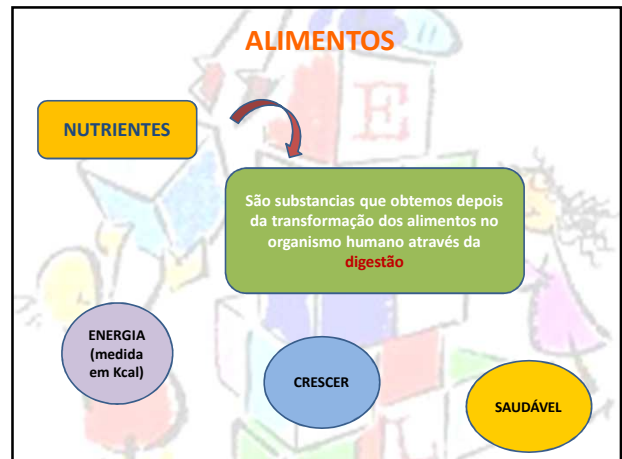
ATIVIDADES	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Teatro “A Aventura dos Alimentos”	Humanos: - Crianças - Enfa Mestranda Materiais: - Texto - Cartolinas	Dias 11 e 12 de Janeiro de 2012	Escola Básica: sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de cartazes alusivos a cada alimento da história • Identificar cada criança com um alimento da história; • Distribuir as falas por cada criança • As crianças representam a história em sala de aula 	- Sensibilizar as crianças para o consumo de alimentos saudáveis - Identificar os malefícios dos alimentos não saudáveis	$\frac{\text{Nº crianças participantes}}{\text{Nº total de crianças}} \times 100$ - Elaboração de uma ficha de avaliação sobre os conteúdos lecionados - Avaliação qualitativa da sessão
Filme “ A Roda dos Alimentos” - Método expositivo sobre os princípios da alimentação saudável	Humanos: - Crianças - Enfa Mestranda Materiais: - Computador - Projetor - Sistema de som	Dias 17,18 e 20 de Janeiro de 2012	Escola Básica: sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do filme que aborda os grupos dos alimentos, os alimentos saudáveis e os não saudáveis • Debate sobre os conteúdos do filme • Apresentação de diapositivos, através do método expositivo 	- Educar as crianças sobre os princípios da alimentação saudável - Sensibilizar as crianças para a importância do pequeno-almoço e do lanche da manhã saudável.	$\frac{\text{Nº crianças participantes}}{\text{Nº total de crianças}} \times 100$ - Elaboração de uma ficha de avaliação sobre os conteúdos lecionados

ATIVIDADES	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AValiação
“Dia do Lanche Saudável”	Humanos: - Crianças -Enfª Mestranda - Professoras Materiais: - Folha de registo - Canetas cor vermelha e verde	Dias 17,18 e 20 de Janeiro de 2012	Escola Básica: sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> Definir e demonstrar em que consiste um lanche saudável Estabelecer com as crianças o dia do lanche saudável com registo em sala de aula 	- Capacitar as crianças para a escolha de um lanche saudável	$\frac{\text{Nº crianças participantes} \times 100}{\text{Nº total de crianças}}$ $\frac{\text{Nº lanches saudáveis} \times 100}{\text{Nº total de lanches}}$
“Conversa à volta da travessa” “Arco-íris no prato”	Humanos: - Crianças -Enfª Mestranda Materiais: - Folhas de registo - Material para ilustrar	Dias 23, 24 e 25 de Janeiro de 2012	Escola Básica: sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> Recordatório sobre as refeições do dia anterior; escrever os alimentos ingeridos e identifica-los no grupo a que pertencem Debate com os colegas Elaboração de um menu diário de alimentação saudável, com apresentação e debate 	- Consciencializar as crianças para a sua alimentação diária - Capacitar as crianças para a identificação do grupo de alimentos presente na sua alimentação diária - Sensibilizar as crianças para a elaboração menus saudáveis.	$\frac{\text{Nº crianças participantes} \times 100}{\text{Nº total de crianças}}$ $\frac{\text{Nº menus saudáveis} \times 100}{\text{Nº total de menus}}$

ATIVIDADES	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AValiação
Livro de turma com receitas saudáveis	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Crianças - Encarregados de educação -Enfª Mestranda - Professoras Materiais: <ul style="list-style-type: none"> - Folhas de registo - Material para ilustrar 	Início 23 de Janeiro de 2012	Domicílio e escola básica	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de colaboração dos pais para escreverem com as crianças uma receita saudável • Ilustração da receita • Elaboração de um livro de receitas de turma 	- Sensibilizar as crianças e a família para a importância da alimentação saudável	$\frac{\text{Nº crianças participantes} \times 100}{\text{Nº total de crianças}}$ <p>(Atividade ainda a decorrer)</p>
Registo Alimentar da Semana	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Crianças - Encarregados de educação -Enfª Mestranda Materiais: <ul style="list-style-type: none"> - Folha de registo - Canetas de cor verde, vermelho, azul e rosa 	De 6 a 12 de Fevereiro de 2012	Domicílio e escola básica	<ul style="list-style-type: none"> • Registo diário das refeições e alimentos consumidos pelas crianças na escola e no domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre os alimentos consumidos - Verificar se houve alteração no padrão alimentar das crianças 	Comparar os resultados obtidos no diagnóstico de situação com o registo alimentar

ATIVIDADES	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<p>Sessão de informação para os encarregados de educação</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encarregados de educação - Enfª Mestranda - Psicóloga <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Folheto 	13 e 20 de Janeiro de 2012	Escola básica: biblioteca	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de diapositivos através do método expositivo • Pedido de participação ativa dos encarregados de educação • Entrega de folheto alusivo à importância da família na alimentação da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilizar para a importância de hábitos alimentares saudáveis no contexto familiar; - Sensibilizar para a importância do pequeno-almoço e lanches saudáveis - Reflexão sobre os hábitos alimentares das crianças 	<p><u>Nº Enc. Edu. participantes</u> x 100</p> <p>Nº total de Enc. Edu.</p>

Apêndice XI – Diapositivos apresentados nas sessões com as crianças



NUTRIENTES E A SUA ACÇÃO NO ORGANISMO

HIDRATOS DE CARBONO

- Fornecedores de energia para pensar, brincar e trabalhar
- Hidratos de Carbono Simples – Exemplos: a glicose, a frutose (açúcar da fruta), a lactose (açúcar do leite) e a sacarose (mel/fruta/leite)
- Hidratos de Carbono Complexos – Exemplo: os amidos - cereais e derivados (arroz, pão, massa)- leguminosas (feijão, grão), fruta e hortícolas.

PROTEÍNAS

- Os Construtores do Organismo
- Responsáveis pelo crescimento, conservação e reparação dos órgãos, tecidos e células

LÍPIDOS

- As Reservas de Energia
- Chamados de gorduras
- Essenciais para o crescimento e manutenção dos tecidos do corpo e desenvolvimento do cérebro e visão; transportam algumas vitaminas e rodeiam os órgãos de forma a protegê-los

FIBRAS

- Os Controladores do Organismo
- Ajudam a regular o bom funcionamento dos intestinos

VITAMINAS E MINERAIS

- Os Defensores de Doenças

ÁGUA

- Nutriente indispensável à Vida
- Substância mais abundante no organismo.
- Representa grande parte do peso corporal (60-65%)

CONHECER OS ALIMENTOS: RODA DOS ALIMENTOS

É UMA REPRESENTAÇÃO GRÁFICA QUE AJUDA A ESCOLHER E A COMBINAR OS ALIMENTOS QUE DEVERÃO FAZER PARTE DA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA



DENTRO DE CADA GRUPO ESTÃO REUNIDOS ALIMENTOS NUTRICIONALMENTE SEMELHANTES

É COMPOSTA POR 7 GRUPOS DE ALIMENTOS DE DIFERENTES DIMENSÕES, TENDO EM CONTA A SUA PROPORÇÃO NA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA :



Cereais e derivados, tubérculos – 28%
Hortícolas – 23%
Fruta – 20%
Lactínios – 18%
Carne, pescado e ovos – 5%
Leguminosas – 4 %
Gorduras e óleos – 2 %

ÁGUA

Não possuindo um grupo próprio, está representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos.

Beber em abundância diariamente.

As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros.

RODA DOS ALIMENTOS



O QUE NOS ENSINA A RODA DOS ALIMENTOS?

Ensina a fazer uma **Alimentação Saudável**, isto é uma alimentação:

- **completa**: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

- **equilibrada**: comer em maior quantidade os alimentos que pertencem aos grupos maiores e em menor quantidade os que se encontram nos grupos de menor dimensão;

- **variada**: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente.

HORTÍCOLAS



FIBRAS ALIMENTARES

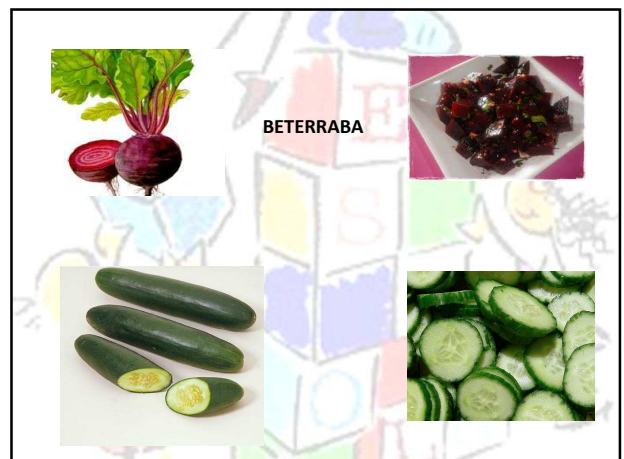
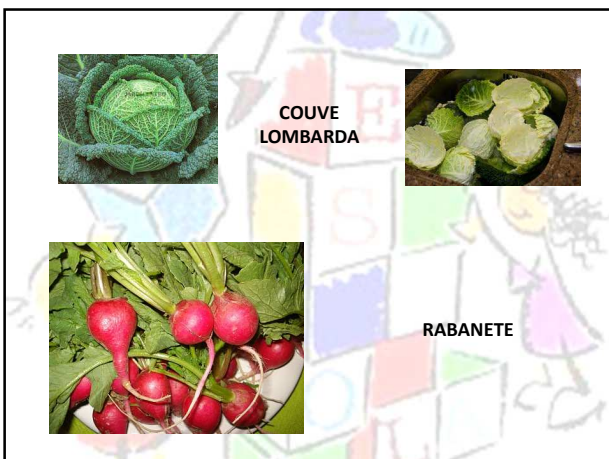
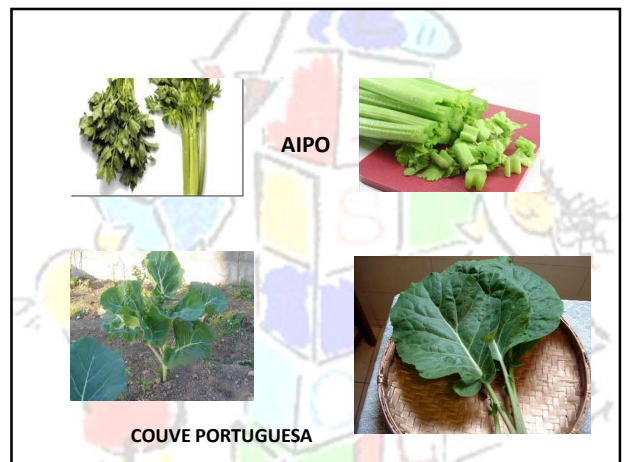
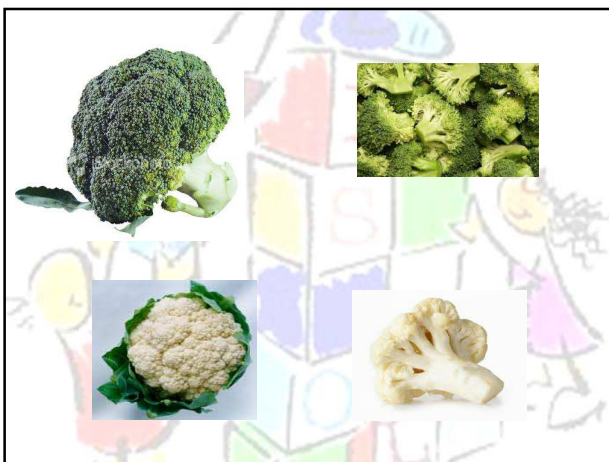
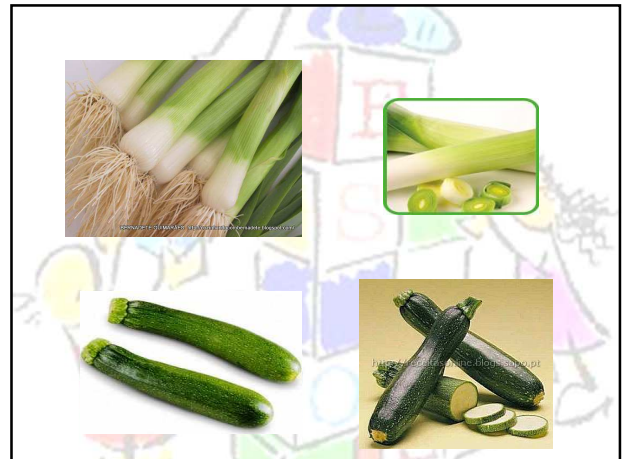
VITAMINAS (carotenos, vitaminas B e C)

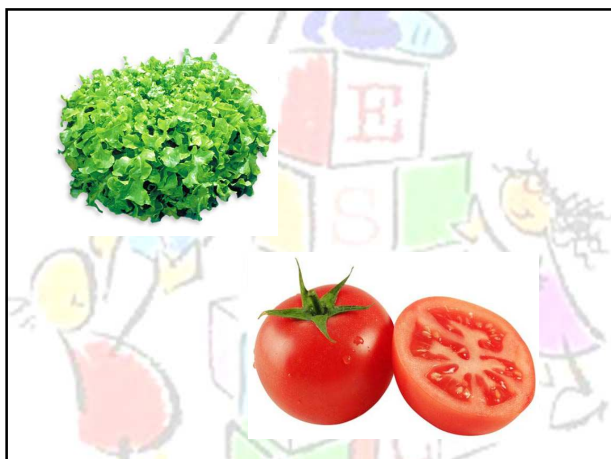
MINERAIS (Cálcio e ferro)



HORTÍCOLAS CRUS OU COZINHADOS







AZEITE

- Constituído por lípidos e vitamina E
- Gordura Monoinsaturada (possui na sua estrutura uma ligação dupla)
- Gordura mais saudável para cozinhar ou temperar, com moderação
- O aquecimento das gorduras a altas temperaturas causa a sua deterioração



**SABER OS ESCOLHER OS ALIMENTOS,
PARA CRESCER SAUDÁVEL...**



OBRIGADA

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Saber Comer para Melhor Crescer



Enfermeira Ana Rita Araújo

O QUE NOS ENSINA A RODA DOS ALIMENTOS?

Ensina a fazer uma **Alimentação Saudável**, isto é uma alimentação:

- **completa**: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- **equilibrada**: comer em maior quantidade os alimentos que pertencem aos grupos maiores e em menor quantidade os que se encontram nos grupos de menor dimensão;
- **variada**: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente.

PEQUENO ALMOÇO? SEMPRE!

FUNÇÕES

- Quebrar o jejum nocturno
- Hidratar
- Repor energia
- Contribuir para um consumo alimentar mais equilibrado ao longo do dia



O QUE ACONTECE SE NÃO TOMAMOS UM BOM PEQUENO ALMOÇO?

Desempenho intelectual

Concentração

Humor

Capacidade de Aprendizagem



O QUE ACONTECE SE NÃO TOMAMOS UM BOM PEQUENO ALMOÇO?

Diminuição níveis de açúcar

- Dores de cabeça
- Enjoos
- Suores
- Desmaiar

Irritação
Cansaço
Menos energia

A COMPOSIÇÃO DO PEQUENO ALMOÇO IDEAL

A importância de alguns grupos de alimentos nesta refeição:



CEREAIS E DERIVADOS:

- Os alimentos ricos em hidratos de carbono não podem faltar pois repõem a energias que os músculos e o cérebro precisam para se manterem activos.
- Pão ou cereais, de preferência integrais)



LEITE E DERIVADOS:

- O leite fornece água, proteínas e sais minerais, como o cálcio e o fósforo. O cálcio é essencial para o crescimento e desenvolvimento dos ossos
- Os iogurtes líquidos ou sólidos, naturais ou com pedaços, simples ou com cereais; queijo ou manteiga como complementos em moderação)



FRUTA/SUMO DE FRUTA

- O PA deve conter obrigatoriamente 1 alimento que ajude a hidratar o organismo após 12 horas de jejum. Poderá ser 1 bebida (leite, sumo ou água), 1 peça de fruta (muitas ricas em água) ou o leite e a fruta juntos num batido.
- As frutas são ricas em vitaminas, sais minerais e fibras.

DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA DE ALIMENTOS AO LONGO DO DIA

✓ Iniciar o dia com um pequeno almoço completo (ex: 1 copo de leite meio-gordo, um pão escuro/ cereais integrais e uma peça de fruta).

✓ A meio da manhã evitar os snacks pré-preparados que são ricos em açúcar e gordura e optar por 1 iogurte/ 1 peça de fruta/pão com manteiga, fiambre/queijo.

✓ Iniciar o almoço com sopa de legumes, no prato uma pequena porção de peixe ou carne acompanhada de hortícolas (por ex: salada) e arroz/massa/leguminosas ou bata; para sobremesa optar pela fruta.

DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA DE ALIMENTOS AO LONGO DO DIA

✓ A meio da tarde optar por exemplo por 1 copo de leite e 1 pão escuro ou cereais sem açúcar, juntamente com uma peça de fruta.

✓ Ao jantar fazer uma refeição semelhante ao do almoço, mas de preferência menos abundante nas quantidades, procurando alternar o prato de carne com o de peixe.

✓ Se deitar tarde, consumir algum alimento antes de deitar, por exemplo 1 iogurte, 1 copo de leite, um chá de camomila ou cidreira, acompanhado de um pequeno pedaço de pão escuro.

É muito importante fazer 5 a 7 refeições por dia, com intervalos de 2 a 3 horas

ESTABELECEMOS DIA DA SEMANA DO LANCHE SAUDÁVEL

FICA REGISTADO EM SALA DE AULA QUEM TROUXE NESSE DIA LANCHE SAUDÁVEL

Apêndice XII – Folha de registo do “Dia do Lanche Saudável”

Projeto: Alimentação Saudável

Registo do lanche

[illegible]

Código:



Lanche Saudável



 **Lanche não Saudável**

Apêndice XIII – Panfleto “Alimentação Saudável: O Peso da Família”

Sugestões para toda a Família

- ☺ Planear refeições da semana em família
- ☺ Elaborar lista de compras com alimentos saudáveis
- ☺ Ler os rótulos das embalagens e escolher os alimentos menos calóricos
- ☺ Preparar refeições saborosas pobres em gordura, preferindo cozidos, estufados e grelhados
- ☺ Fazer refeições em família, num ambiente de convívio



“Saber Comer para
Melhor Crescer”



*Projeto Promoção de Alimentação
Saudável em Idade Escolar*

Elaborado por:

Enf.^a Ana Rita Araújo
(Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Comunitária)

ESCOLA BÁSICA DO 1º CICLO

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



O PESO DA FAMÍLIA

Destinatários: Pais e /ou Encarregados
de Educação e alunos 4º ano

A RODA DOS ALIMENTOS

Guia Alimentar Diário



RECOMENDA UMA ALIMENTAÇÃO:

completa: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

equilibrada: comer em maior quantidade os alimentos que pertencem aos grupos maiores e em menor quantidade os que se encontram nos grupos de menor dimensão

variada: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente.

Alimentos de consumo diários para toda a família

Leite, iogurte ou queijo com pouca gordura

Pão no pequeno-almoço e nas merendas, preferindo o mais escuro

Sopa, com hortícolas e leguminosas, a iniciar o almoço e o jantar

Hortícolas e leguminosas (ervilhas, favas, grão, feijão) a guarnecer o 2º prato

Arroz, batata ou massa, sempre, ao almoço e jantar

Pescado ou carne, em refeições alternadas, dando preferência ao pescado

Fruta, 2 a 4 vezes por dia

Azeite, em quantidade moderada, para temperar e cozinhar

Água, muitas vezes ao dia (1,5 a 3 litros)

É muito importante fazer 5 a 7 refeições por dia, com intervalos de 2 a 3 horas

Evitar consumir

◇ Açúcar, doces, chocolates, gelados, bolos, guloseimas, bolachas doces, cereais muito açucarados

◇ Alimentos pré-cozinhados

◇ Pizzas, cachorros, hambúrgueres, batatas fritas e outros fast-food

◇ Enchidos, folhados, salgados e alimentos fritos

◇ Refrigerantes e sumos



Apêndice XIV – Plano das sessões com os encarregados de educação

PLANO DE SESSÃO

Data: 13 e 20 de Janeiro de 2012

Hora: 18:30

Duração: 60 min

População Alvo: encarregados de educação

Local: biblioteca da EB1

Material: computador, projetor, diapositivos, folheto

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<p>- Breve exposição do projeto: objetivos e resultados do diagnóstico de situação</p> <p>- Exposição sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Princípios da alimentação saudável;• Hábitos saudáveis em contexto familiar;• Pequeno-almoço e lanches intercalares;• Contexto escola e família nos hábitos alimentares das crianças. <p>- Convite à participação dos encarregados de educação na reflexão sobre os hábitos alimentares das crianças e sobre os conteúdos apresentados</p>	Expositivo Debate	40 min	<p>$\frac{\text{n}^\circ \text{ de encarregados de educação}}{\text{n}^\circ \text{ total de encarregados de educação}} \times 100$</p> <p>Participação ativa dos encarregados de educação</p>
Conclusão	<p>- Resumo da sessão</p> <p>- Entrega de folheto informativo “ O peso da família na alimentação das crianças”</p>	Expositivo Debate	15 min	Aplicação do questionário de avaliação da sessão

Apêndice XV – Diapositivos apresentados nas sessões com os encarregados de educação



PERTINÊNCIA

Despacho 25995/2005 – Protocolo estabelecido entre Ministério da educação e Ministério da Saúde: a Educação para a Saúde deve ser obrigatória em todos estabelecimentos educativos e integrar o Plano Educativo da Escola

“Crianças saudáveis têm melhor rendimento escolar, faltam menos às aulas, apresentam menos problemas comportamentais, têm atitudes mais positivas, têm melhor qualidade de vida, têm maior probabilidade de serem adultos produtivos e saudáveis, têm pais mais informados e apresentam menor encargo para a sociedade.” (Plataforma Contra a Obesidade)

PERTINÊNCIA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL + **VIDA ACTIVA** = **MAIOR QUALIDADE DE VIDA**

A forma como nos alimentamos e vivemos têm contribuído para o aumento do número de casos de excesso de peso e de obesidade em Portugal e no Mundo, tornando esta doença um dos mais graves problemas de saúde pública

PERTINÊNCIA

Obesidade é considerada pela OMS a 2ª causa de morte passível de prevenção; é apontada como a epidemia global do século XXI (WHO,2000) Sem medidas drásticas - 50% população mundial será obesa em 2025.

1 em cada 5 crianças, na Europa tem excesso de peso. Relacionado com problemas físicos e psicológicos na infância, com maior risco de doenças associadas e morrer prematuramente – a prevenção e tratamento da obesidade infantil constituem uma prioridade de saúde pública (Plataforma Contra a Obesidade Infantil)

nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade a prevalência de pré-obesidade e de obesidade, em Portugal, é de cerca de 31,56%, sendo que as crianças do sexo feminino apresentam valores superiores às do sexo masculino (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005)

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Problemática

- Hábitos alimentares das crianças do 1º ciclo do ensino básico da Escola EB1/JI nº7

Objectivo Geral

- Capacitar as crianças do 4º ano da EB1/JI nº7 e respectivos encarregados de educação para a adopção de hábitos alimentares saudáveis

Diagnostico da Situação

- ✓ Conhecer antecedentes pessoais e familiares;
- ✓ Conhecer características gerais da família ;
- ✓ Conhecer os hábitos alimentares da criança/família;

Questionário Espiga

Grelha de observação

- ✓ Observação e registo dos lanches da manhã em sala de aula;
- ✓ Cruzar dados com resultados do questionário

Observação das crianças na sala de aula, no bar, refeitório

Resultados Obtidos - Grelha de Observação



Problemas Identificados

Baixo consumo de:

- Sopa
- Hortícolas
- Peixe
- Azeite
- Fruta
- Pão escuro
- Lacticínios

Excesso consumo de:

- Refrigerantes
- Bolacha/bolachas chocolate
- Batatas fritas
- Margarina

RODA DOS ALIMENTOS – Guia Alimentar Diário



Recomenda uma Alimentação:

- **completa:** comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- **equilibrada:** comer em maior quantidade os alimentos que pertencem aos grupos maiores e em menor quantidade os que se encontram nos grupos de menor dimensão;
- **variada:** comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 6-10 ANOS

- ☉ Fazer refeições regulares ao longo do dia (5 a 7), com intervalos de 2 a 3 horas.
- ☉ Tomar sempre o pequeno-almoço antes de sair de casa.
- ☉ Beber água ao longo do dia (1,5 a 3 l).
- ☉ Optar por pão de fabrico tradicional e com pouco sal.
- ☉ Preferir "cereais de pequeno almoço" pouco açucarados e sem chocolate ou mel.
- ☉ Comer sempre sopa no início do almoço e do jantar.
- ☉ Consumir sempre legumes e/ou hortícolas no 2º prato do almoço e jantar.
- ☉ Comer 2 a 3 peças de fruta por dia
- ☉ Preferir leite, iogurte, queijo ou requeijão com menos gordura (meio-gordo).
- ☉ Alternar os pratos de carne com os de peixe.
- ☉ Consumir diariamente leguminosas na sopa ou no 2º prato.
- ☉ Compor o pequeno almoço, as merendas ou a ceia com fruta, pão/cereais e/ou leite/iogurte/queijo/requeijão.

TODOS OS DIAS

- ☉ Evitar adicionar açúcar, mel, chocolate ou farinha láctea no leite.
- ☉ Consumir pouca gordura, preferindo o azeite.
- ☉ Usar pouco sal e evitar alimentos salgados.
- ☉ Limitar bolachas, bolos, gelados, chocolates e snacks até uma vez por semana.
- ☉ Limitar as bebidas açucaradas até 1 vez semana, preferindo água.
- ☉ Evitar comer fritos, salsichas, aperitivos, fast-food, etc.
- ☉ Evitar o mais possível caramelos, chupa-chupa, gomas, rebuçados ou outras guloseimas.

COM CONTA
PESO E MEDIDA

- ☉ Dar exemplo parental como modelo de alimentação saudável.
- ☉ Oferecer alimentos de diferentes texturas, paladares e cores.
- ☉ Evitar comer/petiscar enquanto se usa o computador, televisão ou consolas.
- ☉ Comer devagar, à mesa, em família e sem televisão.
- ☉ Evitar dar alternativas em caso de recusa de algum alimento e insistir de forma mais apelativa.
- ☉ Evitar usar os alimentos como objetos de afeto, recompensa ou castigo.
- ☉ Limitar os alimentos ricos em gordura e/ou açúcar a dias especiais ou de festa.
- ☉ Elaborar lista de compras, preferindo alimentos saudáveis.
- ☉ Ler os rótulos das embalagens e prestar atenção aos valores de açúcar, gordura, sal e calorias.
- ☉ Conhecer e complementar a alimentação da Escola

SUGESTÕES PARA A FAMÍLIA

**SABER OS ESCOLHER OS ALIMENTOS,
PARA CRESCER SAUDÁVEL...**



OBRIGADA

Apêndice XVI – Questionário de apreciação da sessão com os encarregados da educação

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“Saber Comer para Melhor Crescer”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Coloque um círculo no valor desejado numa escala de 1 a 5 (1- Mau a 5- Muito Bom):

Como classifica a sessão que acaba de participar? 1 2 3 4 5

Quanto à forma como o tema foi abordado? 1 2 3 4 5

Quanto à utilidade que atribui à sessão? 1 2 3 4 5

Sugestões: _____

Obrigada

Apêndice XVII – Fichas de avaliação de conhecimentos

Nome: _____ Data ____/____/____

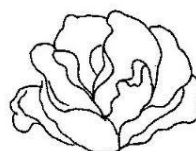
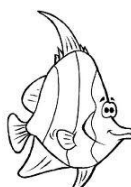
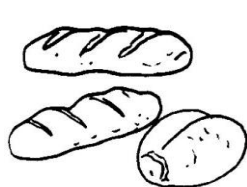
1. RODA DOS ALIMENTOS

Descobre quais as frases que são verdadeiras ou falsas, colocando um V para verdadeiro ou um F para falso.

- > A roda dos alimentos é uma representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. ____
- > É um símbolo em forma de quadrado que se divide em sectores de diferentes tamanhos. ____
- > É constituída por cinco grupos de alimentos. ____
- > A água não possui um grupo próprio, mas está representada em todos os alimentos. ____
- > Ensina a comer alimentos de cada grupo para ter uma alimentação completa. ____
- > Ensina que se deve comer alimentos diferentes dentro de cada grupo. ____
- > Ensina que se deve comer mais alimentos dos grupos maiores e menos alimentos dos grupos menores ____

2. GRUPO DOS CEREAIS

Indica os alimentos que pertencem ao grupo que fornece a principal fonte de energia. Desenha nas figuras que se seguem, um círculo à volta dos alimentos que pertencem ao grupo dos cereais e derivados, tubérculos.



3.GRUPO DOS HORTÍCOLAS

Aprendemos que os alimentos que pertencem ao grupo dos hortícolas fornecem fibras, vitaminas e minerais. Completa o nome de alimentos que pertencem a este grupo, olhando para as figuras correspondentes.



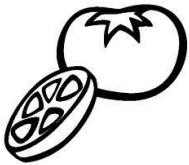
A _ _ _ f _ _ _ _



_ _ _ n _ _ u _ _ _



_ _ _ a _ _ o _



T _ _ m _ _ t _ _



B _ _ _ c _ _ l _ _ s _

4. Por fim, que gordura achas que é melhor usar na sopa? A _ _ _ t _

Nome: _____ Data ____/____/____

Grupo I - Faz um círculo na resposta que te parece mais correta:

1. Os alimentos que fazem parte do grupo das leguminosas são:

- a) os espinafres, os agriões e cenoura
- b) o feijão, o grão e as ervilhas
- c) as guloseimas (chocolate, rebuçados, chupas)

2. A fruta é um alimento que deve ser consumido:

- a) às vezes
- b) todos os dias
- c) ao fim-de-semana

3. No lanche da manhã devo consumir:

- a) pão com manteiga/fiambre/queijo, leite e fruta
- b) bolicao e Leite com Chocolate
- c) batatas fritas e refrigerantes

Grupo II - Conhecer os alimentos e aprender a ter uma alimentação saudável pode ser bem divertido. Diz o quanto gostaste da atividade do teatro “A Aventura dos Alimentos”

Muitíssimo

Muito

Pouco

Nada

Porque ... _____

Nome: _____ Data ____/____/____

1. Lê as frases com atenção e assiná-la, na coluna do lado, se são verdadeiras ou falsas (mentira).

	VERDADE	MENTIRA
O leite é uma importante fonte de cálcio, devo beber 3 copos de leite por dia.		
Como não gosto de peixe, só devo comer nos dias de festa.		
O azeite é a melhor gordura vegetal e dá energia.		
Devo comer legumes todos os dias, ajudam na prevenção de doenças.		
Os refrigerantes são bons substitutos do leite, por isso devo beber todos os dias.		
A água também está presente nos alimentos. Devo beber 1,5 a 3 l de água por dia.		
O hambúrguer e a pizza fazem parte dos alimentos saudáveis, porque têm gordura e sal em excesso.		
Só devo comer guloseimas (doces) nos dias de festa, porque têm muito açúcar e gordura.		
O pequeno-almoço é uma refeição importante, mas nem sempre é preciso comer ao longo da manhã		
O pequeno-almoço é uma refeição muito importante e nunca deve ser esquecido.		
O pequeno-almoço dá ao corpo energia, água e nutrientes para nos restabelecemos depois de numa noite de sono.		
As crianças que não tomam um bom pequeno-almoço têm dificuldade em estar concentradas e em aprender.		
Um bom pequeno-almoço deve conter leite, cereais integrais e fruta.		
Como estou muito ocupado a brincar, posso estar o dia inteiro sem comer.		
Se tomei o pequeno-almoço em casa, não devo comer o lanche da manhã na escola.		
No lanche da manhã devo comer bolacha e ice-tea.		
O lanche da manhã é muito importante para manter a energia necessária para o funcionamento do organismo.		
A fruta é rica em vitaminas, sais minerais e fibras, por isso deve fazer parte do lanche da manhã.		

Apêndice XVIII – Resultados das fichas de avaliação de conhecimentos

TURMA A					
Fichas	Respostas Certas (FA e %)				Média respostas certas (%)
Ficha 1 (20 alunos)	1 = 131 (93,6%)	2 = 20 (100%)	3 = 20 (100%)	4 = 20 (100%)	98,4%
Ficha 2 (21 alunos)	1 = 17 (81%)	2 = 19 (90,5%)	3 = 21 (100%)	Muitíssimo = 18 Muito = 3	90,5%
Ficha 3 (21 alunos)	1 = 348 92%				----
Ficha 4 (21 alunos)	1 = 21 100%	2 = 21 100%			100%

TURMA B					
Fichas	Respostas Certas (FA e %)				Média das respostas certas (%)
Ficha 1 (17 alunos)	1 = 105 (88,2%)	2 = 16 (94,1%)	3 = 17 (100%)	4 = 17 (100%)	95,6%
Ficha 2 (19 alunos)	1 = 13 (68,4%)	2 = 19 (100%)	3 = 21 (100%)	Muitíssimo = 17 Muito = 2	89,5% (das 3 respostas)
Ficha 3 (18 alunos)	1 = 296 91,4%				----
Ficha 4 (20 alunos)	1 = 20 100%	2 = 20 100%			100%

TURMA C					
Fichas	Respostas Certas (FR e %)				Média das respostas certas (%)
Ficha 1 (17 alunos)	1 = 98 (82,4%)	2 = 17 (100%)	3 = 17 (100%)	4 = 17 (100%)	95,5%
Ficha 2 (19 alunos)	1 = 13 (68,4%)	2 = 16 (84,2%)	3 = 19 (100%)	Muitíssimo=12 Muito= 4 Pouco= 1 Nada = 2	84,2% (das 3 respostas)
Ficha 3 (19 alunos)	1 = 318 93%				----
Ficha 4 (19 alunos)	1 = 19 100%	2 = 17 89,5%			94,75%

Apêndice XIX – Caracterização das merendas do lanche da manhã (Avaliação)

Merendas Observadas N = 174		
Alimentos	N	%
Pão só manteiga	21	12,1%
Pão só fiambre/queijo	103	59,2%
Pão manteiga + fiambre/queijo	18	10,3%
Alimentos doces (bolachas c/s chocolate; pão chocolate; bolos c/s creme)	17	9,8%
Leite simples	54	31,0%
Leite achocolatado	68	39,1%
iogurte	33	19,0%
Bebidas açucaradas (sumos, refrigerantes)	9	5,2%
Aperitivos salgados (batatas fritas)	0	0,0%
Fruta	21	12,1%

Apêndice XX – Tabela de resultados do registo do “Dia do Lanche Saudável”

Turma Lanche	4º A (N= 21 alunos)		4º B (N= 20 alunos)			4º C (N= 19 alunos)		
	10/02	17/02	06/02	13/02	27/02	1/02	8/02	15/02
Lanche Saudável	12 57,1%	17 80,9%	16 80%	16 80%	18 90%	14 73,7%	11 57,9%	13 68,4%
Lanche Não Saudável	9 42,9%	3 14,3%	4 20%	3 15%	2 10%	4 21,1%	4 21,1%	6 31,6%
Sem Registo		1 4,8%		1 5%		1 5,3%	4 21,1%	

Apêndice XXI – Resultados do Registo Alimentar da Semana

Tabela 1 - Pequeno Almoço

	FA(n)	%
Segunda	53	100,0%
Terça	53	100,0%
Quarta	53	100,0%
Quinta	53	100,0%
Sexta	52	98,1%
Sábado	53	100,0%
Domingo	50	94,3%
Média	52	98,9%

Tabela 2 – Pequeno almoço em casa

	FA(n)	%
Segunda	34	64,2%
Terça	33	62,3%
Quarta	33	62,3%
Quinta	33	62,3%
Sexta	33	62,3%
Sábado	49	92,5%
Domingo	48	90,6%
Média	38	70,9%

Tabela 3 – Merenda ao meio da manhã

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	53	53	53	53	53	42	42	50
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	79,2%	79,2%	94,1%

Tabela 4 – Consumo de sopa de legumes ao almoço

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	53	52	53	51	52	38	36	48
%	100,0%	98,1%	100,0%	96,2%	98,1%	71,7%	67,9%	90,3%

Tabela 5 – Consumo de sopa de legumes ao jantar

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	38	36	32	37	39	38	39	37
%	71,7%	67,9%	60,4%	69,8%	73,6%	71,7%	73,6%	69,8%

Tabela 6 – Consumo de salada/legumes ao almoço

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	48	36	43	40	45	39	39	41
%	90,6%	67,9%	81,1%	75,5%	84,9%	73,6%	73,6%	78,2%

Tabela 7 – Consumo de salada/legumes ao jantar

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	40	40	33	34	36	38	42	38
%	75,5%	75,5%	62,3%	64,2%	67,9%	71,7%	79,2%	70,9%

Tabela 8 – Consumo de peixe ao almoço

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	50	2	48	6	47	15	33	29
%	94,3%	3,8%	90,6%	11,3%	88,7%	28,3%	62,3%	54,2%

Tabela 9 – Consumo de carne ao almoço

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	3	51	5	47	6	37	19	24
%	5,7%	96,2%	9,4%	88,7%	11,3%	69,8%	35,8%	45,3%

Tabela 10 – Consumo de peixe ao jantar

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	25	30	19	28	19	27	24	25
%	47,2%	56,6%	35,8%	52,8%	35,8%	50,9%	45,3%	46,4%

Tabela 11 – Consumo de carne ao jantar

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	28	22	34	24	34	24	27	28
%	52,8%	41,5%	64,2%	45,3%	64,2%	45,3%	50,9%	52,0%

Tabela 12 – Consumo de fruta

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
FA(n)	100	108	120	111	113	140	129
%	2	2	2	2	2	3	2

Tabela 13 – Consumo de alimentos doces

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	13	11	5	3	5	20	12	10
%	24,5%	20,8%	9,4%	5,7%	9,4%	37,7%	22,6%	18,6%

Tabela 14 – Consumo de refrigerantes

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FR(n)	13	10	7	8	14	32	20	15

Tabela 15 – Consumo água ao almoço

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Total
FA(n)	52	53	52	51	51	46	44	349
%	98,1%	100,0%	98,1%	96,2%	96,2%	86,8%	83,0%	94,1%

Tabela 16 – Consumo água ao jantar

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
51	50	53	51	46	38	44	48
96,2%	94,3%	100,0%	96,2%	86,8%	71,7%	83,0%	89,8%

Tabela 17 – Consumo aperitivos salgados

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Média
FA(n)	7	5	5	3	4	4	2	4
%	13,2%	9,4%	9,4%	5,7%	7,5%	7,5%	3,8%	8,1%